Rok XLV. Kraków 12 Maja 1906. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Operacya Talmy (wszywania sieci) przy puchlinie brzusznej z powodu marskości wątroby i jej skutki.

Podał

Dr Bronisław Kozłowski.

Docent chirurgii Uniwersytetu kijowskiego.

(Według odczytu na Zjeździe lek. rosyjskich w Petersburgu w r. 1904).

Na pierwszym Zjeździe chirurgów rosyjskich w Moskwie (w grudniu 1900 r.) zdawałem sprawę o chirurgicznem leczeniu puchliny brzusznej przy zanikowej marskości wątroby. Wówczas zdołałem zebrać z piśmiennictwa zaledwie 23 przypadki i wypowiedziałem się na ich podstawie za tą operacyą, a również określiłem wskazania i przeciwwskazania do niej.

Odtąd starannie gromadziłem wszystkie dalsze przypadki. Oprócz tego zwróciłem się do kolegów z prośbą, by mi donosili o swoich spostrzeżeniach. Zebrawszy obecnie 168 przypadków, pozwolę sobie znowu rozpatrzeć sprawę chirurgicznego leczenia puchliny brzusznej przy marskości wątroby na podstawie już znacznie większego materyału. Naprzód jednak przypomnę te spostrzeżenia i rozumowania, na których oparto sposoby chirurgicznego leczenia puchliny brzusznej przy marskości wątroby przez wszywanie sieci w ścianę brzuszną, ażeby za pośrednictwem sieci utworzyć poboczne drogi dla odpływu krwi z żył jamy brzusznej, omijając żyłę wrotną i wątrobę.

Tkanka łączna, rozrastająca się obficie w Laennecowskiej marskości wątroby, uciska naczynia włosowate śród- i międzyzrazikowe, tworząc znaczną przeszkodę dla przepływu krwi żylnej, utrudniając obieg krwi w wątrobie i wywołując w ten sposób wzrost ciśnienia w całym układzie żyły wrotnej. Bezpośrednim wynikiem tego jest zastój w tym układzie, który wywołuje z jednej strony rozszerzenie żył, powstawanie żylakowatych rozszerzeń w żyłach jamy i ścian brzusznych, z drugiej przesięk do jamy brzusznej i utworzenie się puchliny brzusznej. Rozszerzenie żył często dosięga takich rozmiarów, iż ściany ich pękają pod naporem krwi, wskutek czego następują krwotoki w jamie brzusznej i zawartych w niej narządach, najczęściej z rozszerzonych żył przewodu pokarmowego. Opisano przypadki olbrzymich krwotoków za wątrobę, do sieci (Charcot), powstanie żylaków i rozszerzenie żył przewodu pokarmowego (Strümpell) itp., wywołujące często śmierć wskutek krwotoku. Lecz najwięcej dolega choremu puchlina brzuszna, zazwyczaj i zmuszająca chorego żądać pomocy chirurgicznej. Pomijając szczegóły wszystkich objawów, które wywołuje puchlina brzuszna, przytoczę tylko najważniejsze: duszność wskutek zmniejszenia objętości klatki piersiowej i rozległości ruchu przepony, rozszerzenie i przemieszczenie serca, obrzęk ścian jelit i stąd pochodzące zaburzenia, zastój w nerkach, zmniejszający ilość moczu i wpływający przez to jeszcze bardziej na powiększenie się puchliny, — te wszystkie objawy tworzą błędne koło, sprzyjające zwiększaniu się puchliny brzusznej, jeżeli ona już powstała.

Dotychczas w leczeniu puchliny brzusznej rozporządzaliśmy jedynym środkiem — nakłuciem. Rzeczywiście skutek pierwszego nakłucia zawsze bywa nadzwyczaj świetny; duszność znika, ilość moczu się zwiększa itd., chory jak gdyby odżywa. Lecz niestety skutek ten nie trwa długo. Płyn znowu się zbiera i wymaga powtórnego nakłucia i doskonale wiadomo, że im dalej, tem nakłucia trzeba powtarzać coraz częściej i częściej, polepszenia zaś w przerwach między niemi coraz są krótsze. Opisano przypadki, w których chorzy robili sobie nakłucia sami, wstawiając do rany gliniane rurki lub słomki (powiat Czerkaski), jednak ostatecznie ginęli przy objawach puchliny. Nakłucie więc jest środkiem czasowym, nie wywierającym żadnego wpływu na przebieg choroby.

Z drugiej strony już dawno znane są przypadki samowyleczenia się puchliny brzusznej: opisywano je i dawniej, lecz w ostatnich czasach zwrócił na nie szczególną uwagę Talma i opisał sam 4 przypadki.

1. Chory 52-letni, choruje 2 lata. Wątroba bardzo powiększona, sięga niżej pępka; śledziona również; mierna puchlina brzuszna. Po miesiącu puchlina brzuszna znikła i chory, opuszczając szpital, miał się zupełnie dobrze. Znaczne rozszerzenie żył ścian brzusznych. Po 14 miesiącach zmarł z ostrego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc. Sekcya: Wątroba i śledziona znacznie zmniejszona: z szerokich żył około wpustu żołądka biegnie dużo grubych żył (do 1 ctm. śred.) do błony podśluzowej przewodu pokarmowego, żyły około wpustu łączą się z żyłami przepony, międzyżebrowemi i lędźwiowemi.

2. Chory 21-letni, choruje 2 lata. Śledziona powiększona, żółtaczka. Przerostowa, a potem i zanikowa postać morskości wątroby; puchliny brzusznej niema. Śmierć od rany brzucha. Wątroba duża, o powierzchni nierównej, na przekroju drobnoziarnista. Puchliny brzusznej niema. Od dolnej powierzchni wątroby wzdłuż więzadła wieszadłowego (*lig. suspensorium hepatis*) przebiega żyła, grubości małego palca. Podotrzewne i międzymięśniowe żyły są bardzo szerokie, jak również i podśluzowe żyły przewodu pokarmowego.

3. Chory 62 l., wycieńczony. Wątroba duża, o powierzchni nierównej. Śledziona niezwiększona. Puchlina brzuszna się nie odnowiła. Śmierć po miesiącu. Sekcya: Przerostowa, międzyzrazikowa i wtórna zanikowa marskość wątroby, połączona z nowotworzeniem licznych przewodów żółciowych. Wskutek rozwoju pobocznego obiegu krwi niema ani puchliny brzusznej, ani zwiększenia śledziony.

4. Przypadek Dulina (przytoczony przez Talmę). Chora 38 l., choruje pół roku. Wątroba niewielka. Puchlina brzuszna. Śledziona niezwiększona. *Caput medusae* powstała (jak się okazało po nacięciu brzucha, wykonanem ze względu na przypuszczalne zapalenie

otrzewnej) wskutek zrośnięcia się sieci ze ścienną otrzewną przez trwałe i obficie unaczynione zrosty. Puchlina brzuszna powiększa się bardzo powoli. Wynik pomyślny.

W tych wszystkich przypadkach pomimo wyraźnej marskości wątroby, puchliny brzusznej albo wcale nie było, albo znikła wskutek rozwoju obfitych dróg krążenia obocznego, których obecność stwierdzono albo przy sekcyi, albo przy operacyi Drogi te utworzyły się wskutek rozszerzenia już istniejących dróg żylnych, lub utworzenia nowych w zrostach tam, gdzie ich nie było. Na to już dawno wskazywał Charcot w swych „Wykładach o chorobach wątroby i przewodów żółciowych“ mówiąc: „rzeczą jest ciekawą, iż istnieje jak gdyby pewna współzależność pomiędzy rozwojem takiego obocznego krążenia krwi, skierowującym krew żyły wrotnej do układu żyły głównej i powstawaniem puchliny brzusznej, której nie bywa wcale, a jeżeli i była, to znika, skoro krążenie oboczne rozwija się w szerszym zakresie. Najprawdopodobniej postać zanikowa marskości nigdy nie wywołałaby puchliny brzusznej, jeżeliby rozwój wspomnianego krążenia obocznego nie spotykał zazwyczaj przeszkód, najczęściej nieprzezwyciężonych“.

Pozwolę sobie pokrótce przypomnieć te drogi, któremi się odbywa to oboczne krążenie krwi, a których oznaczenie zawdzięczamy pracom Sappeya. Drogi te są dwojakie: naturalne, istniejące w prawidłowych warunkach i patologiczne, powstające najczęściej wskutek zrostów między wątrobą i przeponą

A Naturalne drogi są następujące:

1. Górna lewa żyła wieńcowa żołądka (*vena coronaria ventriculi sup. sin.*) łączy się z żyłami przewodu pokarmowego, te zaś żyły *a*) z górnemi przepony, międzyżebrowemi, nieparzystą, a więc z żyłą główną górną; *b*) zapomocą dolnych żył przepony z żyłą główną dolną

2. Dolna żyła krezkowa (*v mesenterica inf.*) za pośrednictwem swych odleglejszych gałązek łączy się z żyłami odbytniczemi, które się łączą z żyłą główna dolną przy pomocy sromnej wewnętrznej i podlędźwiowej wewnętrznej. To połączenie wedle Charcota przedstawia jak gdyby rurkę zabezpieczającą, przez którą krew żyły wrotnej może przepływać do układu żyły głównej zawsze, gdy obieg krwi w żyle wrotnej jest z jakiegokolwiek powodu utrudniony.

3. Układ żył Retziusa, żył ścian przewodu jelitowego, które nie wpadają do układu żyły wrotnej, a skierowują się po przez niewielkie gałązki albo wprost do żyły głównej, albo do jej którejkolwiek gałęzi.

Oprócz przytoczonych 3 dróg dla obocznego krążenia odkrył Sappey jeszcze inne, nazwane przez niego „dodatkowym układem żyły wrotnej“, ponieważ każda jest jak gdyby żyłą wrotną w miniaturze, składając się po pierwsze z początkowych naczyń włosowatych, powtóre z niewielkiego naczynia żylnego, po trzecie z rozgałęzień w miąższu wątroby, jeżeli samo to naczynie żylne nie łączy się z żyłą wrotną.

B. Takich układów dodatkowych opisał Sappey 5

1) Grupa żołądkowo-sieciowa, która bierze początek w małej sieci i żołądku, wstępuje do wątroby w obrębie brózdy poprzecznej i rozgałęzia się w przestworach między zrazikami. Ponieważ jej naczynia nie łączą się z żyłą wrotną, przeto nie mogą przyczynić się do powstania krążenia obocznego.

2) Grupa żył pęcherzyka żółciowego, składająca się z drobnych żył, których część skierowuje się z dna pęcherzyka do przylegających zrazików wątroby, część zaś z przedniej połowy pęcherzyka do prawej gałęzi żyły wrotnej.

3) Naczynia odżywcze (*vasa vasorum*) żyły wrotnej, przewodów żółciowych i tętnic wątroby; te również, jak i poprzednie grupy, nie mogą się przyczynić do wytworzenia się krążenia obocznego.

Daleko większe znaczenie mają pozostałe 2 grupy, a mianowicie:

4) Żyły więzadła wieszadłowego wątroby: początkowe korzenie tych żył leżą w przeponie, gałązki w więzadle, a rozgałęzienia w przylegających do więzadła zrazikach: korzenie więc łączą się z żyłami przepony, a rozgałęzienia — z gałązkami żyły wrotnej. W stanie prawidłowym są one bardzo cienkie, jednak w jednym przypadku Sappeya dosięgały w ilości 10—12 grubości pióra wroniego, a w drugim przypadku Talmy, jak już wspomniano, grubości małego palca.

5) Najważniejsza grupa — pępkowa, czyli grupa żył okołopępkowych (*paraumbilicales*), które idą z okolicy pępkowej przedniej ściany brzusznej; korzenie zaś tej grupy łączą się z żyłą nadbrzuszną, powierzchowną nadbrzuszną i wewnętrzną sutkową, wchodzą do jamy brzusznej i biegną wzdłuż więzadła okrągłego wątroby, tworząc splot w około zarośniętej żyły pępkowej. Po wejściu do wątroby jedna część gałązek rozprzestrzenia się między zrazikami brózdy podłużnej, druga wpada do żyły wrotnej, trzecia do odcinka żyły pępkowej, który pozostał niezarośnięty. Krew, płynąca do tych żył, dąży z góry na dół i skierowuje się do żył dolnych kończyn przez żyły górne nadbrzuszne i powierzchowne nadbrzuszne, tworząc wokoło pępka tak zw. *caput medusae*, objaw, tak często spotykany przy marskości wątroby.

Poznanie tych stosunków, sprzyjających wyleczeniu się puchliny brzusznej, naprowadziło chirurgów na myśl, czyby nie można wywołać sztucznie rozwoju krążenia obocznego zapomocą utworzenia nowych dróg dla krwi, nowych połączeń żylnych, tworząc grunt dla nich przez wywoływanie zrostów wątroby, pęcherzyka żółciowego i śledziony ze ścianą brzuszną I rzeczyście obecnie już posiadamy opisy całego szeregu takich prób. Pierwszą próbę wykonał Lens w 1872; potem operowali Drummont i Morisson w 1874, w 1895 r. Morisson, w 1897 r. Ewart, Schelbklay. Jednak były to próby odosobnione i mało znane, dopóki w r. 1899 Talma nie opisał szczegółowo swego przypadku, w którym chory był dwukrotnie operowany przez Eiselsberga i Naratha. Talma poruszył tę sprawę w r. 1896 i 1899 i dał początek operacyi, która obecnie dzięki jemu pozyskała wszędzie prawa obywatelstwa. Po opisaniu przez Talmę tej operacyi pojawiły się prace doświadczalne (Talmanna, Schmitza), mające na celu sprawdzić przy pomocy doświadczeń na zwierzętach skuteczność operacyi.

Najlepszą jest praca M. M. Kuzniecowa. W doświadczeniach swych otwierał on każdemu psu w pewnych odstępach czasu 2 lub 3 razy jamę brzuszną; przy pierwszej laparotomii wszywał sieć w przednią ścianę brzucha; przy drugiej podwiązywał jedną z żył krezkowych lub obwodową część żyły wrotnej; wreszcie przy trzeciej podwiązywał pień żyły wrotnej tuż przy wątrobie. Po takiem podwiąza-

niu żyły wrotnej utrzymywano psa przy życiu przez 1—3 miesięcy, a potem zabijano chloroformem. Układy żyły wrotnej i głównej, a również i tętnicy nastrzykiwano przez tętnicę główną masami odmiennej barwy i potem badano drożność podwiązanej żyły wrotnej, określano dokładnie miejsce podwiązania i badano połączenia, za pośrednictwem których powstała komunikacya między układami żyły wrotnej i głównej dolnej. Znalezione drogi oboczne określał i w końcu rysował prof. A. K. Bielousow. Operowane zwierzęta przedstawiał od czasu do czasu prof. A. W. Reprew.

„Zupełne podwiązanie żyły wrotnej u psa bez uprzedniego wszywania sieci wywołuje rychłą śmierć“.

„Wszywanie sieci w przednią ścianę brzuszną, tworząc drogę oboczną dla odpływu krwi z żyły wrotnej, pozwala zwierzęciu przetrzymać podwójne podwiązanie żyły wrotnej; jedno zupełne w środkowej części (powyżej połączenia z żyłą żołądkowo-śledzionową) i drugie niezupełne u wejścia żyły do wątroby. Przez pierwsze dni po tem podwiązaniu żyły psy są przygnębione, cierpią na krwotoki kiszkowe i puchlinę brzuszną, lecz potem stan ich się poprawia“.

„Powierzchowne żyły nadbrzuszne po wszyciu sieci w przednią ścianę brzuszną, a szczególnie po podwiązaniu żyły wrotnej, widocznie się rozszerzają, rozciągają i przepełniają się krwią. Sieć rozszerzonych żył skórnych u psa przypomina *caput medusae*, powstającą u człowieka przy marskości wątroby. Żyły sieci dużej, zrośniętej z przednią ścianą brzuszną, również się rozszerzają i przepełniają krwią. Pomiędzy niemi, żyłami ścian brzusznych i powierzchownemi nadbrzusznemi po niejakim czasie wytwarza się połączenie“.

„Na pomoc nowoutworzonemu krążeniu obocznemu po przez wszytą w przednią ścianę brzuszną sieć dużą po podwiązaniu żyły wrotnej powstają nowe, daleko prostsze drogi łączące pomiędzy układami żyły wrotnej i głównej dolnej. Drogi te powstają z połączeń, istniejących wcześniej, lecz mało rozwiniętych i nie są widoczne w prawidłowym stanie drobnych żył, łączących jeden układ z drugim. W doświadczeniach nad podwiązywaniem żyły wrotnej powiodło się znaleźć kilka takich zespoleń, utworzonych wskutek utrudnionego przepływu krwi w żyle wrotnej i łączących różne odcinki tej żyły z żyłą główną dolną i jej gałęziami. Wykryte przezemnie zespolenia pomiędzy oboma głównymi układami żylnymi jamy brzusznej potwierdzają badania Sappeya, który dowiódł, wbrew dość rozpowszechnionemu poglądowi, iż układ żyły wrotnej nie jest zamknięty i zupełnie odosobniony, lecz posiada połączenia z układem żyły głównej dolnej“.

Dzięki takiemu klinicznemu i doświadczalnemu opracowaniu tej sprawy operacya wszywania sieci, oparta na ścisłych anatomicznych, fizyologicznych i doświadczalnych danych, bywa wykonywaną coraz częściej i dotychczas (20/XII 1903) zdołałem zebrać 161 przypadków, w tej liczbie 52 z piśmiennictwa rosyjskiego. Oprócz tego wykonałem tę operacyę w przeciągu 4 lat ostatnich 8 razy (8. spostrzeżenie dra Bogajewskiego). Z pierwszych 3 przypadków już zdałem sprawę na I Zjeździe chirurgów rosyjskich. Pozwolę sobie pokrótce przytoczyć historye choroby operowanych przezemnie chorych.

1. Włościanka 45 l., nałogowa pijaczka. Operowana 20 X 1899. Typowa zanikowa postać marskości, wątroba o powierzchni drobnoziarnistej, z ostrym brzegiem, schowana pod żebra, z trudnością wyczuwalna. Powikłań w narządach wewnętrznych niema. Sieć wszyto w ranę otrzewnej i ściany brzusznej tak, że dotyka się zarówno podotrzewnej, jak i podskórnej tkanki. Zagojenie bez powikłań. 11-go dnia (po zdjęciu szwów) zrobiono nakłucie; powtarzać potem nakłuć nie było potrzeby. W grudniu r. 1900 już wyraźnie zaznaczał się splot żył skórnych, zmierzający ku bliźnie. Na 2 miesiące przedtem nagromadził się znowu w jamie brzusznej płyn, który został wessany. Z czasem naokoło rany brzusznej utworzyła się bardzo obfita podskórna sieć żylna, która była 2 razy źródłem bardzo silnych krwotoków. Po 2 latach znowu zaczęła się wytwarzać puchlina brzuszna, którą trzeba było wypuszczać trzy razy, po 10—12 litr. za każdym razem. Potem stan ogólny się polepszył. Wątroba (po nakłuciu) nie była macalna, śledziona zaś była znacznie powiększona. Ostatnie nakłucie wykonano 18 VI 1902; wypuszczono około 12 litr. płynu. Obecnie po 4 latach (grudzień 1903) chora żyje, puchliny niema.

2. Włościanin 40 l., do nadużywania wyskoku się nie przyznaje. Puchlina brzuszna powstała 14 miesięcy temu. Wątroba duża. Po operacyi w celu szybszego nagromadzenia płynu zrobiono nakłucie 16—21 dnia. Chory żył po operacyi (bez powtórnych nakłuć) 7 miesięcy.

3. Włościanin 45-letni; chory prawie od lat 2. Olbrzymia puchlina brzuszna. Po każdem nakłuciu co dobę płyn się zwiększa o litr. Wątroba nieduża, nie wystaje z pod żeber. Śledziona powiększona (we czworo). Operacya 30 X 1900 r. Z powodu szybkiego gromadzenia się płynu robiono nakłucia cotygodniowo. Chory opuścił klinikę, dalszy przebieg nieznany, jednak z góry można było przepowiedzieć niepomyślny.

4. Włościanka 44 l., chora od 5 lat. Do nadużywania wyskoku się nie przyznaje. Puchlina brzuszna w przeciągu dwu lat ostatnich powoli się zwiększa. Wątroba nieduża, twarda, brzegi ostre, znaczne zrosty z siecią. Śmierć na 7. dzień wskutek zapalenia otrzewnej, którego punktu wyjścia nie zdołano wykryć. Sekcya: Postać zanikowa marskości ze znacznem rozszerzeniem przewodów żółciowych i wytworzeniem się jamek, napełnionych żółcią. Liczne unaczynione zrosty sieci ze śledzioną, wątrobą, ścianą brzuszną i przeponą.

5. **Włościanka 50 l.**, chora przeszło od roku; puchlina brzuszna, znaczny obrzęk nóg. W przeciągu pół roku wykonano 12 nakłuć. Wątroba nieduża, twarda, ukryta pod żebrami, brzegi jej zaokrąglone, otrzewna zgrubiała. Śledziona mała, sieć chuda i mała, źle rozwinięta. Przebieg pooperacyjny dobry. Jedno nakłucie 14 dnia (po zdjęciu szwów). Wypisana po 45 dniach. Zrobiono jeszcze dwa nakłucia. Na dalszy przebieg operacya nie wywarła skutku i po pół roku trzeba było robić nakłucia co tydzień. Śmierć w rok po operacyi.

6. Włościanin 32 l., chory od 2 lat. W przeciągu ostatniego roku zrobiono 7 nakłuć. Puchlina brzuszna, obrzęk trzew brzusznych. Otrzewna bardzo zgrubiała; łatwo się rwie. W tkance podotrzewnej znaczny rozwój naczyń; wątroba duża, wystaje na dłoń z pod żeber, brzeg jej zaokrąglony; zgrubienie trzew brzusznych. Wypisany po 34 dniach ze znacznem polepszeniem (po operacyi zrobiono 2 nakłucia).

7. Chora 47 l., choruje od 7 lat, 6 razy była w Karlsbadzie. Nie przebywała kiły, nie nadużywała wyskoku. Puchlina brzuszna. Płyn mocno żółtej barwy, ciężar właściw. 1012, białka 12 prc. Ostra żółtaczka. Operacya 31 I 1903 r. Wątroba powiększona, brzeg jej ostry, barwa ciemnowiśniowa, powierzchnia ziarnista; ziarna od wielkości prosa do wielkości grochu pokrywają całą powierzchnię wątroby; zbitość bardzo twarda. Trzewa brzuszne są zgrubiałe, pokryte białawemi bliznami. Żadnych guzów w wątrobie się nie wyczuwa, śledziona bardzo duża, twarda. Zaotrzewne gruczoły nie są macalne, sieć dobrze rozwinięta, obfituje w tłuszcz i naczynia. Po operacyi przebieg gojenia się gładki. Nakłucia 10. i 23. dnia. Puchlina brzuszna zwiększa się stopniowo. Chorą wypuszczono w stanie znacznego polepszenia.

Sposób, którego się trzymałem przy operacyi (jak operował Eiselsberg, nie podano w pierwszym przypadku Talmy) był następujący. Cięcie między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem, długie na 10—12 ctm. Opróżnienie jamy brzusznej z płynu i wysuszenie przy pomocy serwetek. Po zbadaniu wątroby i śledziony sieć wciągałem do rany brzusznej i na nią i na ścianę brzuszną nakładałem 4—6 grubych podwiązek których jednak nie zawiązywałem. Potem otrzewnę na brzegach rany zeskrobywałem łyżką lub nożem

i zszywałem szwem ciągłym, przytem sieć między obydwoma odcinkami otrzewnej ujmowałem w ten sposób, ażeby trochę wystawała, a więc stykała się z tkanką podotrzewną. Potem szyłem rozcięgna i skórę. Po nałożeniu szwu skórnego zaciągałem pierwsze szwy węzełkowe, mające na celu przyciągnąć sieć i na dużej przestrzeni zespolić ją z powierzchnią otrzewnej. Do wszystkich szwów oprócz pierwszego węzełkowego używałem jedwabiu i szwu ciągłego. Inni chirurdzy postępowali inaczej i tak:

1. Rolleston i Turner, zrobiwszy cięcie ukośne wzdłuż prawego brzegu żebrowego, wszywali w nie sieć i brzeg wątroby, założywszy poprzednio sieć pomiędzy przeponę i wypukłą powierzchnię wątroby.

2. Drummont i Morisson wszywali sieć w cięcie brzuszne, zeskrobując naprzód powierzchnię wątroby i śledziony, a potem poniżej pępka wkładali szklany dren.

3. Talma i Eiselsberg wszywali z początku sieć i pęcherzyk żółciowy w ranę brzuszną, lecz potem Eiselsberg w klinice Mikulicza postępował w ten sposób: wszywał sieć w kieszeń, utworzoną po oddzieleniu otrzewnej w pochwie prostego mięśnia brzusznego.

4. Podobnie jak Eiselsberg w późniejszych operacyach, postępował i Pascale, przyszywając sieć wzdłuż obydwóch brzegów rany (wyciąwszy pępek) do obnażonych mięśni prostych.

5. Schiassi, zrobiwszy cięcie pionowe wzdłuż prawego mięśnia prostego, przeprowadza jeszcze i poziome i oddzieliwszy skórnomięśniowy płat od otrzewnej, wszywa podeń sieć i zaszywa ranę nad siecią.

6. Terrier, otworzywszy jamę brzuszną i rozwierając szeroko ranę, rozcina sieć nad jelitami i przyszywa ją w prawym i lewym rogu jamy brzusznej i w dole rany do otrzewnej ściennej. Potem zaszywając ranę w otrzewnej chwytał szwami także sieć.

Co się tyczy miejscowych powikłań po operacyi, to często zdarzało się zapalenie otrzewnej, powstające albo jako bezpośredni skutek operacyi, albo jako skutek zakażenia za pośrednictwem sączków w tych przypadkach, gdzie stosowano sączki; dlatego też obecnie sączkowanie jamy brzusznej zupełnie zarzucono.

W przypadku Frankego wytworzyło się zwężenie odźwiernika; przy sekcyi znaleziono przegięcie okrężnicy poprzecznej przez sieć, które utworzyło postronek, uciskający i dwunastnicę. Czasami po operacyi bywały wymioty krwawe (Pal) i krwawe stolce (Pascale), co Eiselsberg tłómaczył zatorami. Jako skutek dalszy mogą wytworzyć się przepukliny brzuszne.

Co się tyczy innych zaburzeń, to zdarzają się one dość często ze strony serca; oprócz tego opisano cały szereg objawów, wywołanych przez bezpośrednie przepływanie krwi z narządów brzusznych do żyły głównej bez pośrednictwa wątroby, a podobnych do objawów, stwierdzanych u zwierząt po wytworzeniu przetoki Ekka. Drummont i Morisson pierwsi zwrócili uwagę na kolejność objawów przygnębienia i podniecenia, wspominając o tem, iż takie objawy zdarzają się czasami i bez operacyi u chorych na marskość wątroby. U jednego z chorych Schiassiego po spożyciu pokarmu, obfitującego w białko, wystąpił obfity pot. Jednak objawy te nie są wcale groźne i prędko mijają, szczególnie przy podawaniu pokarmu, składającego się z węglowodanów, z wyłączeniem białka (Alexander, Bunge).

Z kolei rozpatrzyć należy wskazania i przeciwwskazania do operacyi Talmy.

By uzyskać dobry wynik, jest przedewszystkiem niezbędny staranny dobór przypadków i wraz z Talmą muszę powiedzieć, że operacyę jego wtedy należy wykonywać, kiedy czynność komórek wątrobnych jest jeszcze zachowana, t. j. należy operować w początkowych okresach marskości, kiedy nie nastąpił jeszcze zanik komórek wątrobnych, i o ile niema powikłań w zakresie innych narządów. Innymi słowy, operacyę Talmy należy wykonywać ile możności w początkowych okresach choroby, najpóźniej po dwu nakłuciach, ponieważ nakłucia, często powtarzane, obniżają odżywianie, zwiększając stratę materyi, a zmniejszenie ciśnienia podrażnia otrzewnę. Wczesna operacya jeszcze i dlatego czyni prawdopodobniejszem powodzenie, że niewyniszczony chory ma przed sobą czas dla rozwoju drożnych i stałych dróg obocznych, ponieważ doświadczenie w zakresie chirurgii brzusznej stwierdza, iż świeże zrosty są jeszcze źle unaczynione i dla rozwoju naczyń potrzeba tygodni i miesięcy. Bunge podaje następujące wskazania do operacyi: 1) zakrzep lub ucisk żyły wrotnej przez wytwory zapalenia (blizny) albo guzy; 2) postać zanikowa marskości (na pierwszym planie); 3) marskość zastoinowa; 4) rzekoma marskość pochodzenia osierdziowego (Pick); 5) wątroba lukrowana (*Zuckergussleber*). Do tych wskazań dodać należy jeszcze 6) powtarzające się krwotoki z żył przełyku i żołądka (wymioty krwawe), jeżeli przybierają groźny charakter, co częściej się zdarza w postaci przerostowej, niż zanikowej (Leport).

Co się tyczy przeciwwskazań, to Talma podaje następujące: „Operacya jest przeciwwskazana, o ile istnieje urobilinurya, żółtaczka, brak lub niedostatek żółci (*acholia, hypocholia*), *xantoma*, albo inne barwikowe zmiany skóry, wskazujące na poważne zaburzenia czynnościowe wątroby. Przeciwwskazaniem jest również, rzecz oczywista, wycieńczenie, zaburzenia czynności serca, nerek itd.

Wnioski:

1. Spostrzeżeniami klinicznemi stwierdzono przypadki samowyleczenia się puchliny brzusznej przy marskości wątroby wskutek rozwoju unaczynionych zrostów między wątrobą, śledzioną, siecią z jednej strony, a przeponą i ścianą brzuszną z drugiej, t. j. wskutek samorodnego rozwoju krążenia obocznego (przypadek Talmy: „Postać zanikowa marskości nigdyby nie wywołała puchliny brzusznej, jeżeliby rozwój wspomnianego krążenia dodatkowego nie spotykał zazwyczaj przeszkód, najczęściej nieprzezwyciężonych (Charcot).

2. Na to też wskazują i wyniki doświadczeń na zwierzętach (Schmitz). Wszywanie sieci dużej (w doświadczeniach prof. M. M. Kuzniecowa) w przednią ścianę brzuszną, tworząc drogę oboczną dla odpływu krwi z żyły wrotnej, pozwala zwierzęciu przetrzymać podwójne podwiązanie żyły wrotnej (jedno zupełne w części środkowej i drugie niezupełne u wejścia żyły wrotnej do wątroby). Na pomoc nowoutworzonemu krążeniu obocznemu powstają nowe, daleko prostsze połączenia pomiędzy układami żyły wrotnej i głównej dolnej, które powstają z istniejących już wcześniej, lecz słabo rozwiniętych i niewidocznych w stanie prawidłowym, drobnych żył, łączących jeden układ żylny z drugim (M. M. Kuzniecow).

3. Oparta na anatomicznych, fizyologicznych i doświadczalnych danych operacya wszywania sieci w przednią ścianę brzuszną (Talma, Drummond, Morisson i inni) jest celowym zabiegiem dla usunięcia zastoju w jamie brzusznej, a więc i puchliny brzusznej przy przerostowej postaci marskości wątroby. Stwierdzają to zarówno spostrzeżenia kliniczne (Talma), jak i wyżej przytoczone wyniki doświadczeń na zwierzętach (M. M. Kuzniecow).

4. Ażeby jednak operacya odniosła skutek, należy ją wykonywać we wcześniejszych okresach marskości wątroby, kiedy czynność komórek wątrobnych może jeszcze się poprawić i kiedy wątroba uległa jeszcze stosunkowo małym zmianom, a więc w okresie przerostowym marskości.

5. Przeciwwskazaniem do operacyi są, oprócz daleko posuniętej sprawy chorobowej, znacznego zmniejszenia wątroby (postać zanikowa marskości), żółtaczka, brak lub niedostatek żółci w jelitach (*acholia, hypocholia*) (Talma, Bunge Alexander), wreszcie ogólne osłabienie, cierpienia serca, nerek.

6. Różne sposoby przymocowania sieci nie mają, jak się zdaje, poważniejszego znaczenia dla wyników operacyi; zresztą dotąd jeszcze wykonano operacyi zbyt mało, by można ściśle ocenić wartość każdego sposobu oddzielnie. Dotychczas zalecano następujące sposoby: *a*) wszywanie sieci między wątrobą i przeponą (Rolleston i Turner). *b*) wszywanie sieci pod głębokiemi warstwami skóry (Pascale — wynik niepomyślny), *c*) wszywanie między otrzewnę a mięśnie (Schiassi, cięcie kształtu litery T.); *d*) przyszywanie do samej otrzewnej wewnątrz jamy brzusznej (Terrier, Alexander); *e*) wreszcie pierwszy ze sposobów Talmy-Eiselsberga: wszywanie w kieszeń mięśnia prostego i *f*) mój sposób: wszywanie sieci w ranę brzuszną. Sączek przy operacyi jest szkodliwy (droga zakażenia); lepiej odpowiadają celowi powtarzane nakłucia. Za granicą często operują w znieczuleniu kokainą, ja przekładam znieczulenie ogólne

7. Ze względu na technikę i powikłania operacya ta nie jest ani trudniejszą, ani niebezpieczniejszą. niż próbne nacięcie brzucha (M. M Kuzniecow).

8. Na podstawie zebranego materyału — 168 przypadków — dochodzę do następujących ogólnych wyników: wyzdrowienie 28,5%, polepszenie 17.9%. — ogółem pomyślnych wyników 46,4%; bez polepszenia 10%. śmierć 39.3%, — ogółem niepomyślnych wyników 49,3%; niewiadomo 4% Razem niepomyślnych wyników o 3% więcej. niż pomyślnych.

9. Jeżeli podzielić wszystkie przypadki na 3 grupy: 1) powiększenie wątroby (t. j. w początkowym okresie), 2) wątroba zmniejszona (postać zanikowa marskości) i 3) wątroba wielkości prawidłowej — albo autor nie podaje szczegółów o jej stanie, to otrzymamy następujące wyniki (patrz tabl):

A więc przy powiększeniu wątroby (grupa 1) odsetek pomyślnych wyników prawie się równa (o 6% więcej) odsetkowi wyników niepomyślnych; przy zmniejszonej zaś wątrobie (grupa 2) stosunek ten jest odwrotny i różnica bardzo wyraźna: wyników pomyślnych o 10% mniej, niżeli niepomyślnych; wreszcie w 3 grupie, gdzie wątroba była wielkości prawidłowej, albo nie podano szczegółów o jej wielkości, odsetki wyników są równe.

10. Stąd widać, iż, by uzyskać wyniki pomyślne, należy operować wcześnie — w okresie przerostowym marskości, lecz i wtedy tylko w połowie przypadków można liczyć na powodzenie. Operacya usuwa puchlinę brzuszną. Wpływu jej na sprawę w samej wątrobie jeszcze nie można ściśle określić ze względu na brak danych po temu.

Wyniki	Wyzdrowienie	Polepszenie	Niewiadomo	Bez polepszenia	Śmierć	Ogółem
1) Wątroba powiększona Ogółem	16	10	1	5	19	51
	pomyśnych 26 = 50,98%			niepomyśln. 24 = 47,06%		
2) Wątroba zmniejszona Ogółem	18	11	4	7	29	69
	pomyślnych 29 = 42,03%			niepomyśln. 36 = 52 07%		
3) Wątroba prawidłowa lub nic o niej nie powiedziano Ogółem	14	19	2	5	18	48
	pomyślnych 23 = 47.92%			niepomyśln. 23 = 47.92		
Wszystkich przypadków w % Ogółem	48	30	7	17	66	168
	28.57	17.76	4.17	10.12	39.28	100.00
	78		niewiad. 7	niepomyśln. 83		168 — 100.00

Źródła. 1) Talma. Berl. klin. Wochenschrift 1900. — 2) Charcot. Wykłady o chorobach wątroby i przewodów żółciowych. Ros. tłom. 1879, str. 24. — 3) Sappey. Recherches sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la cirrhose. — 4) Prof. M. M. Kuzniecow. Wracz, 1900.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prymaryusz dr. Bogdanik).

O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej.

Podał

Dr Artur Frommer

I sekundaryusz oddziału.

(Dokończenie.)

Te pomyślne wyniki skłoniły nas do zastosowania przekrwienia biernego przy zapaleniach ropnych, połączonych ze znacznem utrudnieniem w krążeniu, mimo dawniejszej przestrogi Biera[6]), aby przy tych stanach, pociągających za sobą w następstwie zwykle obumarcie tkanek, nie stosować wcale opaski zastoinowej, lub tylko bardzo ostrożnie, aby nie pogorszyć i tak już złych warunków krążenia. Po raz pierwszy zmuszeni byliśmy zastosować to leczenie w podobnych warunkach u chorego, który się nie chciał żadną miarą zgodzić na żaden większy zabieg operacyjny.

1) C., lat 40, robotnik kamieniarski; 15/VII. do 15/VIII. *Phlegmone gangraenosa manus dextrae.* Przed kilkunastu dniami stłukł się młotkiem w palec mały ręki prawej przy obciosywaniu kamienia. Po kilku dniach palec obrzękł wraz z całą dłonią. Dreszcze, gorączka, bolesność w przegubie łokciowym i barkowym. Wezwany lekarz wykonał nacięcie palca. Stan chorego mimoto nie poprawiał się, wobec czego zgłosił się chory na oddział chirurgiczny. 15/VII. Stan obecny. Skóra ostatnich dwu członków palca małego czarna; po stronie dłoniowej palca małego rana cięta długości około 4 cm., głęboko drążąca. Na dnie rany spostrzedz można obumarłe ścięgna, oraz obnażoną kość; dłoń i przedramię w znacznym stopniu obrzękłe,

[6]) Münch. med. Wochensch. Nr. VII, 1905.

skóra zaczerwieniona, naczynia limfatyczne szczególniej po stronie dłoniowej rozszerzone i zaczerwienione. Ciepłota 38°, gruczoły łokciowe i pachowe powiększone i bolesne. Ruchy bierne i czynne palców i ręki bolesne. Zastosowano przekrwienie bierne na 10 godz. dziennie. 20/VII. Obumarłe części poczynają się wyraźnie odgraniczać, na granicy ich występuje ziarnina różowa. Obrzęk kończyny mniejszy, na dłoni w przedłużeniu palca 5-tego wyraźny naciek, wypuklający skórę. Miejsce to przy dotknięciu bolesne, skóra na niem zaczerwieniona. Stan chorego lepszy, ruchy bierne i czynne palców i ręki mniej bolesne. 21/VII. W uśpieniu eterowem nacięto ropień na dłoni i odsłonięto zmienione, żółtawo przeświecające ścięgna. Przekrwienie bierne w dalszym ciągu 10 godz. dziennie. 25/VII. Obumarłe części skóry luźnie jeszcze przyczepione; drugi człon palca częściowo utrzymany, pokryty różową ziarniną. Rana na dłoni wypełnia się szybko, ziarnina prawidłowa, wydzielina skąpa, ciepłota prawidłowa. 3/VIII. Obrzęk kończyny ustąpił, rana na dłoni prawie zagojona; na utrzymanym drugim członku rozpoczyna się od brzegów zabliźnianie ubytku. 15/VIII. Chory opuszcza oddział z nieznaczną raną na palcu, ziarnkującą prawidłowo.

2) S. Marya, lat 50. Chora od tygodnia. 22/VIII. Stan obecny: Dłoń lewa obrzękła i nacieknła, między palcem 5 i 4 po stronie dłoniowej rany pooperacyjne, z których wyglądają obumarłe części ścięgien; palec piąty siny i chłodny. Obrzęk powyżej dłoni nieco mniejszy, sięga aż do łokcia. Gruczoły pachowe obrzękłe. Ciepłota rano 38·4, wieczór 39·0. Opaska na 15 godzin dziennie przez tydzień. Ciepłota 23/VIII rano 36·7, wieczorem 37·8. 24/VIII. r. 37·5. w. 39·0. 25/VIII. r. 36·4, w. 38·2. Gorączka utrzymuje się aż do 2/IX, odtąd stan bezgorączkowy. 25/VIII. Bole, oraz obrzęk z dnia na dzień mniejsze. 30/VIII. Obrzęk ręki ustępuje. Ruchy bierne i czynne wróciły. Pierwszy człon palca 5-tego utrzymany, o brzegach różowych, przechodzi w zupełnie obumarłą i usychającą resztę palca. Kość obnażona, gładka. Przekrwienie na przeciąg 4 godzin dziennie. 3/IX. Stan chorej dobry, część zgorzelinowa oddzielona, rana zabliźnia się prawidłowo 10/IX. Chora opuszcza oddział wyleczona.

Przekrwienie bierne zapomocą przyrządów Bier-Klappa, opisanych już powyżej, stosowaliśmy dość często w zapaleniu ropnem tkanki gruczołowej, tkanki podskórnej, oraz przy wązkich przetokach ropiejących. Najlepsze wyniki osiągnęliśmy w zapaleniu ropnem gruczołu sutkowego. Tutaj powiodło się nam nieraz w samych początkach choroby usunąć cierpienie, nawet bez zabiegu operacyjnego. W przypadkach dłużej już trwających stosunkowo małe cięcie przy równoczesnem zastosowaniu przyrządu ssącego wystarczało do usunięcia cierpienia w czasie stosunkowo krótszym, niż przy zwykłym sposobie leczenia. Takie same wyniki mieliśmy w czyrakach, w zapaleniu gruczołów pachwinowych na tle wrzodu miękkiego. Odpowiednio do polecenia Klappa w dalej posuniętych przypadkach nacinaliśmy skórę, podminowaną przez naciek ropny, aspirując następnie przyrządem ssącym treść ropną przez 20—40 minut z przerwami. U chorych bojaźliwych, którzy nie chcieli się zgodzić na operacyę, stosowaliśmy przekrwienie sposobem Bier-Klappa bez nacięcia, poczem zwykle wytwarzał się w zmienionem miejscu na skórze otwór, przez który wydobywała się ropa, zmieszana z krwią. I tu przy stosowaniu przekrwienia biernego zapomocą baniek zauważyliśmy szybkie ograniczanie się sprawy zapalnej, przyczem bolesność rychło ustępowała. Przy leczeniu tem uważa Bier setonowanie rany za zbyteczne; istotnie stosując się do tych przepisów, nie zauważyliśmy zatrzymania się wydzieliny ropnej, które przy tamponowaniu rany nieraz się zdarza. Korzystniejsze od dawnych są też końcowe wyniki, odróżniające się od nich stosunkowo małą blizną, z prawie całkowitem utrzymaniem tkanek. Wobec stosunkowo łatwej techniki leczenia nie przytaczam tutaj poszczególnych przypadków, których znaczną liczbę leczyliśmy na naszym oddziale.

We wszystkich przypadkach ropnego zapalenia stwierdziliśmy, że przekrwienie bierne było zawsze lub prawie zawsze skuteczne. Najwybitniej uwydatniało się to w przypadkach, już poprzednio na oddziale lub gdzieindziej leczonych, w których objawy były ciężkie, a zastosowanie przekrwienia biernego w krótkim czasie zmieniało groźny obraz chorobowy.

W przypadkach świeżych zastosowanie tego leczenia wstrzymywało rozwój sprawy zapalnej w samym zarodku.

Od czasu stosowania opaski zastoinowej nie spostrzegaliśmy już ani razu nadżarcia naczyń z następowymi krwotokami, co dawniej często się przytrafiało Nie spostrzegaliśmy również tak częstych dotąd zesztywnień stawów.

Czas trwania choroby skracał się niepomiernie. Leczenie to okazało się nadzwyczaj korzystnem w przypadku powikłanego złamania goleni, w którym pomimo stwierdzonego zakażenia, po usunięciu sterczących odłamków zaszyliśmy ranę prawie całkowicie. Wynik był znakomity, jak to objaśni następująca historya choroby:

P., lat 18, robotnik, od 6/VII do 20/IX 1905. Przed kilkunastu godzinami uległ przejechaniu przez koła wozu, ciężko naładowanego. Stan obecny: W narządach wewnętrznych zmian stwierdzić nie można. Goleń lewy w dolnej ⅓ części obrzękły, przy dotknięciu bolesny, obrzęk sięga aż do stawu kolanowego, obejmując także i stopę. Ponad kostką wewnętrzną zwiesza się płat skóry z podstawą u góry długości 10 cm, szerokości mniejwięcej 8 cm. o poszarpanych brzegach. W miejscu obnażonem, wśród zmiażdżonych mięśni wystają strzaskane odłamki kostne. Stan ogólny ciężki. Ciepłota wieczorem 38·0. 6/VII. W uśpieniu chloroformowem ranę oczyszczono, wystające odłamki odjęto, płat skórny luźnie przyszyto, pozostawiając miejsce dla odpływu wydzieliny. Założono opaskę na 20 godzin dziennie. Opatrunek aseptyczny, kończynę ułożono luźnie na szynie. 7/VII. Ciepłota rano 38·5, wieczorem 39·0. Stan chorego ciężki, język suchy. 8/VII. Ciepłota jeszcze wysoka, chory czuje się jednak lepiej. Przy zmianie opatrunku zauważyć można obfity wypływ cuchnący; opatrunek wilgotny (roztwór fizyologiczny soli). opaska na 20 godzin dziennie. 11/VII. Ciepłota podgorączkowa, stan chorego lepszy, z rany jeszcze obfita wydzielina. Szwy trzymają. Opaska 20 godzin. 20/VII. Obrzęk jeszcze ciągle się utrzymuje. Ciepłota podgorączkowa; stan podmiotowy chorego lepszy. Odłamki się zrastają. 23/VII. W połowie goleni wytworzył się ropień, który otwarto. Po otwarciu wylała się znaczna ilość cuchnącej ropy, barwy brudnoczekoladowej, z obumarłemi częściami mięśni. Opatrunek powierzchowny. Opaska na 4 godz. dziennie. 10/VIII. Chory prawie wyleczony, obrzęk bardzo mały. Rana zabliźnia się prawidłowo. Leczenie zwykłe.

Dodatni wynik w tym przypadku potwierdzałby przypuszczenie **Biera**, że wczesne zastosowanie przekrwienia biernego nie pozwala rozszerzyć się miejscowemu zakażeniu. Stosowaliśmy także przekrwienie po zabiegach czystych, gdzie w szwach wyjątkowo wytwarzał się ropień. Tam nie rozpuszczaliśmy całkowicie szwów i mimo to pod działaniem przekrwienia ropienie ustępowało.

C) Zgorzel starcza i przedwczesna.

Pomyślne wyniki, które uzyskaliśmy w stanach zapalnych z następowem obumarciem zajętej tkanki, skłoniły nas do zastosowania tego leczenia w zgorzeli starczej oraz przedwczesnej Wobec nasuwających się różnych wątpliwości i obawy, aby pod wpływem opaski zastoinowej zgorzel starcza nie posunęła się wyżej, zastosowaliśmy to leczenie z największą ostrożnością po raz pierwszy u starca z ogólną miażdżycą tętnic. Tutaj jednak w daleko posuniętej zgorzeli kończyny dolnej uzyskaliśmy po kilkugodzinnem zastosowaniu opaski wynik zachęcający. Chory, który przedtem mimo ciągłego stosowania środków nasennych nie mógł nawet pół godziny przespać i prawdziwie wił się z bolu, po kilkugodzinnem stosowaniu przekrwienia biernego uspokoił

się i usnął na kilka godzin. W tym rozpaczliwym przypadku można było zauważyć dwoiste działanie przekrwienia, a mianowicie bole ustępowały, obumarłe części tkanek rychło oddzielały się, a na granicy rana się oczyszczała, pokrywając się różową ziarniną. Zachęceni tym wynikiem, stosowaliśmy to leczenie w podobnych przypadkach, skracając jednak czas przekrwienia na jedną do dwóch godzin dziennie.

Z przypadków tych przytaczam następujące:

1) D., lat 77, od 27/IX. do 8/X. *Gangraena senilis pedis sinistri.* Chory od dwu lat. Choroba rozpoczęła się uczuciem mrowienia w kończynach dolnych i ich osłabieniem, poczem pojawiło się znaczne zasinienie palców, szczególniej palca wielkiego. Przed 6 miesiącami zgłosił się chory na oddział chirurgiczny; po kilkomiesięcznem leczeniu zachowawczem zgorzel się ograniczyła, pociągając za sobą utratę palca wielkiego. 7/VIII. Opuścił oddział z raną niezagojoną. Obecnie zgłosił się na oddział z powodu nasilenia się stanu chorobowego i znacznych bolów w całej kończynie dolnej. 27/IX. Stan obecny: Chory licho odżywiony i zbudowany. Zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono. W moczu ślad białka. Stopa cała obrzękła, palca wielkiego brak. Na grzbiecie stopy po stronie palca wielkiego owrzodzenie wielkości pięciokoronówki o brzegach zczerniałych, pokryte gęstą, cuchnącą wydzieliną. Ostatni człon palca 3-ciego czarny, na obu kończynach dolnych tętna wyczuć nie można. Znaczne bole utrzymują się przez całą dobę mimo środków nasennych. 27/IX. Opaska zastoinowa 2 razy dnia po $^1/_2$ godziny; bolesność już pierwszego dnia znacznie mniejsza, chory spał w nocy. 30/IX. Kończyna cieplejsza, rana się oczyściła, brzegi i dno rany różowe, trzeci członek palca środkowego oddzielił się, bole zupełnie ustąpiły, apetyt coraz lepszy, sen dobry; chory czuje się dobrze. 3/X. Rany zabliźniły się prawie zupełnie, ruchy kończyną swobodne. Przekrwienia biernego zaprzestano. 8/X. Chory opuszcza oddział.

2) F. Teresa, lat 63, wyrobnica, od 11/IX. *Gangraena senilis pedis sinistri.* Chora od kilkunastu miesięcy. Choroba rozpoczęła się mrowieniem i ziębnięciem kończyny dolnej, bolami podczas chodzenia, we dnie wśród spokoju i w nocy. Po kilku tygodniach przy wzmagających się bolach palec wielki i drugi zesiniały, a następnie zczerniały. W marcu b. r. zgłosiła się chora na oddział chirurgiczny, gdzie wykonano częściową amputacyę obu palców. W lipcu opuściła oddział z raną jeszcze niezupełnie zgojoną. Bolesność kończyny jednak nie ustępowała tak, że chora już po 2 miesiącach zgłosiła się powtórnie na oddział. 11/IX. Stan obecny: Chora dobrze odżywiona i zbudowana. Chorób zakaźnych żadnych, jak podaje, nie przebywała. Stopa lewa obrzękła, ubytek palca 1-go i 2-go, okolica blizny pooperacyjnej czerwonawa, w miejscu tem owrzodzenie wielkości halerza, o brzegach sinych, pokryte gęstą, cuchnącą wydzieliną. Tętna na kończynie wykazać nie można. Chora skarży się na ustawiczne znaczne bole. W moczu ślad białka. Zastosowano przekrwienie bierne na przeciąg 1 godziny dziennie. 13/IX. Bole ustąpiły, rana się oczyszcza, chora może spać. 5/X. Rana prawie zgojona, chora chodzi, czuje się zupełnie dobrze. Zaniechano zakładania opaski. 12/X. Bolesność wróciła, jakoteż i zaczerwienienie skóry. Zastosowano opaskę zastoinową na pół godziny dziennie. Obecnie (grudzień 1905) rany zagojone, bolesność ustąpiła, sprawa się nie odnowiła.

3) K. J., lat 29, wyrobnik, od 21/X. *Gangraena praesenilis pedis dextri.* Chory od dwu lat. W wywiadach podaje. Napojów wyskokowych nie nadużywał; przymiotu nie przechodził. W dzieciństwie miał przechodzić płonicę i błonicę. Żonaty od 3 lat. Jedno dziecko zdrowe. Przed 2 laty zauważył opuchnięcie i zasinienie palca wielkiego. Wobec wzmagających się bolów udał się do szpitala w Jarosławiu, gdzie przeleżał kilka miesięcy. Nie czując żadnej poprawy, wrócił do domu. Po kilku miesiącach rozwinęły się zmiany reszty palców, wskutek czego chory zgłosił się ponownie do szpitala w Jarosławiu, gdzie utracił wszystkie palce. 21/X. Stan obecny: Chory licho odżywiony i zbudowany. Zmian w narządach wewnętrznych wykryć nie można. Brak połowy prawej stopy. Rana pokryta czarnym strupem. Kończyna przykurczona w stawie kolanowym, tętno niewyczuwalne. W moczu ślad białka. Zastosowano przekrwienie bierne 2 razy dziennie na pół godziny. 22/X. Znaczna ulga w bolach. Chory spał w nocy pierwszy raz od kilkunastu miesięcy. 26/X. Rana się oczyszcza; wydzielina już mniej cuchnie, stan chorego lepszy. 28/X. Strup oddzielił się całkowicie, rana granuluje różowo. Ruchy kończyną wracają. 10/XI. Chory czuje się bardzo dobrze; rana poczyna się zabliźniać, bole ustąpiły zupełnie. Obecnie (grudzień 1905) rany prawie zgojone.

4) Z., l. 75, konduktor kolejowy. Od kilku lat odczuwał mrowienie w obu kończynach dolnych. W ostatnich czasach pojawiły się znaczne bole stóp i wzdłuż łydek, szczególnie po stronie prawej, które wzmagały się coraz bardziej. Napojów wyskokowych nadużywał, przymiotu nie przechodził. Stan obecny 25/XI, 1905. Osobnik dobrze odżywiony i zbudowany. Miażdżyca tętnic wybitna. Zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono. Kończyny dolne, szczególniej prawa, chłodne, tętno niewyczuwalne. Stopa prawa obrzękła powyżej stawu skokowego, końce pierwszych 4 palców sinoczarne, zasinienie to obejmuje w dalszym ciągu prawie cały grzbiet stopy. W dolnej części goleni lekkie zaczerwienienie skóry, przyczem sieć naczyń limfatycznych występuje wyraźnie. Chory skarży się na znaczne bole, które pomimo podawania środków nasennych nie pozwalają mu ani na chwilę usnąć. W moczu ślad białka. 25/XI. Założono opaskę zastoinową przedpołudniem 2 razy po $^1/_2$ godziny. Bole nieco mniejsze. Wieczorem bolesność dawna wróciła, chory mimo znacznej dawki morfiny wije się z bolu. Opaska dwa razy po pół godziny. Bolesność mniejsza. Stan ten z małą odmianą trwał 3 dni; w tym czasie musieliśmy na własne żądanie chorego stosować przekrwienie z przerwami około 2—4 godzin dziennie. 28/XI. Bolesność prawie całkowicie ustąpiła, chory spał całą noc. Kończyna dolna cieplejsza, zasinienie z grzbietu stopy wyraźnie ustępuje. Palce jeszcze czarne. Opaska dwa razy po pół godziny na dobę. 30/XI. Stan chorego dobry. Zasinienie utrzymuje się jeszcze w obrębie ostatnich członków zajętych palców, przyczem powierzchowne warstwy skóry na palcach oddzielają się. Na obnażonych miejscach buja również ziarnina. Stopa ciepła, ruchy bierne i czynne swobodne. Z powodu bolesności kończyny lewej (bez zmian zapalnych), obecnie chłodniejszej od kończyny chorej, zastosowano i tutaj przekrwienie dwa razy po pół godziny na dobę. 15/XII. Stała poprawa. Chory czuje się prawie zupełnie dobrze. Ostatnie członki palców jeszcze sine. Powierzchowne warstwy skóry dalej się oddzielają. Obnażone miejsca stopniowo zabliźniają się. Opaska dwa razy na dobę przez pół godziny. Kończyna lewa również mniej bolesna.

W końcu listopada zgłosiła się na nasz oddział chora ze zgorzelą stopy lewej na tle cukrzycy i z objawami ogólnego zakażenia (*febris continua*). I u tej chorej wynik był z początku korzystny, zgorzel ograniczyła się i dalej nie postępowała mimo, że była to najcięższa postać zgorzeli. Później jednak chora ta zmarła wskutek niepowstrzymanego postępu podstawowego cierpienia. Oto jej historya:

D. Marya, l. 60. Przed dwoma tygodniami utworzył się bez wiadomej przyczyny na lewej podeszwie wrzód, który szerzył się coraz bardziej wśród codziennych dreszczów i gorączki. Bole małe. 20/XI. 1905. Stan obecny. W narządach wewnętrznych żadnych poważniejszych zmian nie stwierdzono. Ciepłota 36·5 (rano), tętno 100. drobne, regularne, miażdżyca tętnic. Miejscowo, na stopie lewej wrzód zgorzelinowy, ciągnący się od nasady palucha na podeszwie i zajmujący cały paluch. Stopa cała obrzękła, powyżej stawu skokowego skóra zaczerwieniona. Tętno na obydwu stopach wyczuwalne. W moczu ślad białka, oraz 8 prc. cukru. Opaska zastoinowa rano i wieczór po pół godziny, oraz okład z fizyologicznego roztworu soli. 23/XI. Zaczerwienienie ustępuje, demarkacya wyraźna. Ciepłota rano 37·2, wieczór 38·2. 25/XI. Ciepłota rano 37, wieczór 39·5. Odtąd opaska dwa razy dziennie po godzinie. Obrzęk mierny utrzymuje się, zgorzel palucha coraz bardziej się ogranicza na granicy wyraźna ziarnina różowa. 30/XI. Ciepłota wieczorem stale wysoka około 39. Obrzęk spory utrzymuje się pod opaską. Cukru w moczu pół prc., białka ślad. 5/XII. Palec obumarły z łatwością usunięto, dno rany różowe, wśród niego przegląda koniec kości śródstopia; obrzęk kończyny stale się utrzymuje. 11/XII. Wzdłuż ścięgien po stronie zewnętrznej stopy i goleni wyraźne chełbotanie. Wytworzone ropnie otwarto, poczem gorączka spadła. Przekrwienie na 4 godziny dziennie. 14/XII. Chora nie gorączkuje, stan miejscowy lepszy, ogólny zawsze poważny. Odtąd stan chorej zaczął się coraz bardziej pogarszać, ilość cukru w moczu znowu się podniosła na 9 prc. 25/XII. *Exitus letalis.*

Zbierając krótko uzyskane przez nas wyniki, stwierdzić należy, że w gruźlicy stawów i kości niewątpliwym był korzystny wpływ przekrwienia Biera. Najlepsze wyniki dała ta metoda w gruźlicy stawów kończyny górnej, oraz stopy. Gruźlica kolana stanowi, jak to już Bier,

a za nim inni autorowie opisują, pewnego rodzaju wyjątek o tyle, że skuteczne leczenie tego stawu napotyka na większe trudności.

Równie korzystne wyniki uzyskaliśmy w ropnych zapaleniach stawów dużych, w zapaleniu ostrem szpiku kostnego kości długich oraz w ostrem zapaleniu wyrostka sutkowego wskutek zapalenia ucha środkowego. Bardzo dobre wyniki mieliśmy w nawrotowem zapaleniu szpiku kostnego i to u chorych, wielokrotnie już poprzednio operowanych, a jeszcze nie wyleczonych, jednem słowem, w przypadkach uporczywych. Wszyscy tacy chorzy, leczeni przekrwieniem biernem, wyszli ze szpitala uleczeni.

O tych przypadkach, w których otrzymaliśmy wyniki takie same, jak Bier, zapomocą takiego postępowania, jakie on zaleca, wspomniałem tylko krótko, gdyż klasyczne historye chorób wraz z badaniem bakteryologicznem podał już w swej wyczerpującej pracy sam Bier. Nieco obszerniej pozwoliłem sobie omówić te tylko przypadki, w których stosowałem leczenie nieco odmiennie. Tyczy się to przypadków ropienia tkanki podskórnej i ścięgien, w których w ostatnich czasach stosowaliśmy przekrwienie bierne na czas znacznie krótszy, a mianowicie przez 1 do 4 godzin dziennie. Także i w tych przypadkach zauważyliśmy nadzwyczaj dodatnie działanie przekrwienia. Takie skrócone stosowanie przekrwienia przedstawia znaczne korzyści, a mianowicie nie wywołuje ono nadmiernych obrzęków, które zaciemniają obraz i przebieg choroby, i pozwala na przychodnie leczenie chorych. Ten sposób stosowania przekrwienia wystarczył do ograniczenia sprawy zapalnej, poczem mniejszy stosunkowo zabieg chirurgiczny sprawę ostatecznie goił; przytem chorzy, u których po zdjęciu opaski występowały bole, łatwiej godzili się na taki zabieg, niż chorzy, u których dwudziestogodzinne, a nieraz i dłuższe stosowanie przekrwienia nieraz zupełnie usuwało bole.

Sposób Biera stosowaliśmy także w leczeniu następowem (doleczaniu) po sekwestrotomiach na kościach długich, oraz po trepanacyach wyrostka sutkowego. W przypadkach tych sposób Biera pozwalał na prawie zupełne zaszycie rany, oraz skracał wybitnie czas leczenia.

W ostatnich czasach skłoniły nas pomyślne wyniki, uzyskane tą metodą przy martwicy, towarzyszącej daleko posuniętym ropieniom tkanek, do stosowania tego leczenia i w zgorzeli przedwczesnej i starczej. W kilku przypadkach osiągnęliśmy i tutaj wyniki bardzo dobre, a mianowicie znaczne bole prawie zaraz ustępowały, sen wracał, miejscowo następowało rychlejsze odgraniczenie się zgorzeli, kończyna cała stawała się cieplejsza, wreszcie po oddzieleniu się części zgorzelinowej rana szybko się zabliźniała. Wynik ten uważam za bardzo dobry, bo, jak wiadomo, nie mamy dotąd żadnego pewnego sposobu leczenia tej sprawy. Pozwolę sobie dodać, że w przypadkach zgorzeli, (w której, o ile mi wiadomo, nikt przedemną leczenia przekrwieniem zastoinowem nie próbował), wstrzymałem się dla ścisłości obserwacyi od wszelkiego innego tak ogólnego, jak i miejscowego leczenia.

Dobre wyniki, które uzyskaliśmy w zgorzeli, zdołają może usunąć wreszcie przesadną obawę niektórych chirurgów przed stosowaniem tej metody, tem bardziej, że chorzy nasi byli bardzo na zdrowiu podupadli (białkomocz). Należy jednak zauważyć, że u naszych chorych nie było (prócz jednego, wyżej opisanego przypadku zgorzeli cukrzycowej) objawów ogólnego zakażenia; stopy ich były lekko obrzękłe, niebardzo zaczerwienione.

Winienem w końcu dodać, że pragnąc poznać zdanie twórcy metody o użytem przezemnie nieco odmiennem postępowaniu, przesłałem rękopism niniejszej pracy prof. Bierowi, który na to w liście z 22 lutego b. r., wystosowanym do kol. Stahra, pisze co następuje:

„W pracy Frommera zajęły mnie bardzo:

1) Doleczanie (Nachbehandlung) po sekwestrotomiach, które bezzwłocznie zaraz stosować zacznę.

2) Wyniki krótkotrwających zastojów w ropowicach. Stosowałem je z początku także, ale nie byłem z wyników zadowolony. Uważam jednak za bardzo pożądane dalsze w tym kierunku próby, bo stosowanie krótkotrwającego zastoju niezmiernie uprościłoby całe leczenie.

3) Radziłbym spróbować rany przypuszczalnie zakażone całkowicie zaszywać i niezwłocznie stosować zastój. Zajmuję się właśnie teraz takiemi i podobnemi próbami.

4) Zgorzel starczą leczyłem zarówno gorącem powietrzem, jak i (2 przypadki) przekrwieniem biernem z bardzo dobrym wynikiem.

5) W gruźlicy radzę zimne ropnie otwierać zawsze jaknajwcześniej“.

Urofosfometr.

Podał

Dr Franciszek Bandrowski.

(Jarosław).

Często się trafia, że praktykujący lekarz chce prędko w przybliżeniu określić ilość kwasu fosforowego w moczu chorego, a ponieważ bez szczegółowego rozbioru jest to prawie niemożliwe, niejednokrotnie musi wyrzec się wyniku. Podobnie praktyczny fizyolog i analityk nie zawsze może przekonać się natychmiast o ilości kwasu fosforowego w moczu i musi się w przypadkach nagłych zadowolnić określeniem »powiększony« lub »pomniejszony«, lecz wówczas, jak wiemy, badanie jest tylko jakościowem, przybliżonem, nie uprawniającem wcale do żadnych wniosków. Bieg oznaczeń analitycznych na drodze miareczkowej jest wprawdzie dokładny, jednak nie zawsze i nie dla każdego przystępny, wymaga on przedewszystkiem płynów mianowanych, pipety, biurety, odpowiedniej wprawy, no i czasu, jednem słowem wymaga odpowiedniego przygotowania. A tymczasem wynik takiego dokładnego rozbioru nie stoi w należytym stosunku do wymogów, ponieważ rozbiór ilościowy mniej dokładny będzie miał dla lekarza takie samo znaczenie. Wszakże lekarzowi zależy tylko na stwierdzeniu, czy ilość kwasu fosforowego jest bardzo powiększona lub zmniejszona, a gdy takie ostateczności nie zachodzą, nawet i powagi lekarskie nie przypisują wielkiego znaczenia kwasowi fosforowemu, z czego wynika, że mniej dokładne oznaczenie kwasu fosforowego na rozpoznanie wcale nie wpływa.

Przeciwnie, byłoby bardzo pożądanem, aby istniał sposób szybkiego, ale dostatecznie dokładnego oznaczenia kwasu fosforowego, któregoby można użyć zarówno w tych przypadkach, w których zależy na pospiechu, jak i w przypadkach, w których chodzi o oznaczenie tegoż kwasu w moczu jednego i tego samego chorego w pewnych odstępach czasu — albowiem koszta tak szybkiego badania są bez porównania mniejsze, a powiększony koszt badań bywa przyczyną zupełnego zaniechania rozbioru. Rozumie się, że częstsze badania mogą zawczasu zapobiec grożącej chorobie. Aby uzupełnić lukę, istniejącą w tym kierunku, i aby umożliwić ogółowi lekarzy szybkie i dostatecznie dokładne oznaczenie kwasu fosforowego w moczu, obmyśliłem osobny przyrządzik, zwany »urofosfometrem«, przy pomocy którego można badanie moczu co do kwasu fosforowego w przeciągu 10—15 minut wykonać.

Zasada przyrządu jest prosta i opiera się na wolumetrycznem oznaczeniu osadu fosforomolybdenowego, wydzielającego się z moczu pod działaniem rozczynu molybdenowego. Urofosfometr przypomina albuminimetr Essbacha w swej zasadzie, lecz jest o tyle dokładniejszy od niego, że z powodu ziarnistości osadu inne wpływy, jak: ciepłota, stężenie płynu, ciśnienie itd. nie mają znaczenia. Prócz tego przyrządem tym posługiwać się może każdy, nawet i laik, bo sposób użycia jest łatwy i prosty. Oznaczenia można wykonać w domu przy łóżku chorego bez osobnych przygotowań i bez osobnych przyrządów, a bardzo szybko. Zamiast lampki spirytusowej wystarczy i płomień świecy celem ogrzania płynów. Sądzę, że urofosfometr będzie stanowił pożyteczny nabytek dla wszystkich, zajmujących się rozbiorami moczu, którym zależy na szybkiem, a dostatecznie dokładnem oznaczeniu kwasu fosforowego w moczu.

Opis przyrządu. Składa się on z grubościennej rurki szklanej, mającej w świetle 2 mm. — rurka jest 12 cm długa i rozszerza się u góry w lejek prostościenny o średnicy 2 cm. Wązka rurka dolna zaopatrzona jest w podziałkę milimetrową, wyrytą na szkle, a odstępy centymetrowe posiadają liczby, oznaczające kwas fosforowy w miligramach. Rurka szklana z podziałką zamknięta jest u dołu korkiem szklanym (czopkiem), łatwo dającym się wyjmować i spoczywa pionowo w odpowiedniej podstawce.

Sposób użycia. Przy pomocy pipety wlewa się od 1—10 centym. sześciennych badanego moczu (stosownie do ciężaru gatunkowego) — do zwykłej probierki szklanej, dodaje połowę objętości rozczynu molybdenowego, ogrzewa ostrożnie niezupełnie do wrzenia nad płomykiem lampki gazowej, spirytusowej lub innym — aż się nie wydzieli osad zbity, ziarnisty, barwy zielonej, a płyn nie stanie się ciemno-zielonym i przeźroczystym. Wydzielanie osadu wymaga około pół minuty czasu. Osad wraz z płynem wstrząsamy w próbówce i wlewamy szybko do górnego lejka urofosfometru, w którym on się zbija w rurce kalibrowanej w rodzaj słupa o barwie zielonej. Poczem uchylamy nieco czopek szklany u dołu, dla wypuszczenia powietrza i obniżenia słupa osadu, aż do punktu zerowego, a gdy to się osiągnie, zamykamy natychmiast czopkiem rurkę u dołu. Należy uważać, aby przytem nic z osadu nie uronić na zewnątrz. Odstawiwszy przyrządzik na bok, odczytujemy po 10—15 minutach wysokość zajętego przez osad słupa, pamiętając o tem, że 100 kresek podziałki odpowiada 7·2 miligr. kwasu fosforowego. Płyn ponad osadem powinien być zielony i przeźroczysty. Obliczenie jest następujące: podzieliwszy znalezioną ilość miligramów kwasu fosforowego przez ilość użytych centymetrów sześciennych danego moczu, otrzymujemy wprost ilość kwasu fosforowego, wyrażoną w gramach w jednym litrze moczu badanego. I tak n. p. jeżeli znajdziemy, że dwa centymetry sześcienne moczu zawierają 3.6 miligr. kwasu fosforowego, to w jednym litrze moczu znajduje się $\frac{3 \cdot 6}{2} = 1 \cdot 8$ gram. tegoż kwasu jako P_2O_5.

Mocz o wysokim ciężarze gatunkowym lepiej jest rozcieńczyć wodą podwójnie, a mocz białkowy należy przed użyciem uwolnić od białka przez zagotowanie. Metoda ta jest dostatecznie dokładną i mało co ustępuje zwykłym dobrym ilościowym oznaczeniom, a cechuje ją szybkość wykonania.

Urofosfometr mego pomysłu wyrabia obecnie wyłącznie firma W. I. Rohrbeck's Nachfolger, Wien I. Kärntnerstrasse 59 i dołącza do przyrządu próbówki, pipetę i roztwór molibdenowy.

Oceny i sprawozdania.

Brunon Czaplicki (stud. med.): **Zarys bakteryologii krwi.** Łódź 1906. Stron 134.

W dziełku, zatytułowanem skromnie zarysem, przedstawia autor kolejno w części ogólnej sposoby przenikania bakteryi do krwi, zapatrywania na odporność wrodzoną i nabytą, serodyagnostykę (aglutyniny, precypityny, hemo- i bakteryolizyny), powstawanie ropnicy, posocznicy, zakażeń mieszanych, wreszcie metodykę badania krwi. W części szczegółowej znajdujemy zwięzły opis badania krwi co do wszystkich ważniejszych, napotykanych w niej w stanach chorobowych mikrobów.

Dziełko zawiera mnóstwo bardzo cennych dla klinicysty wskazówek i zasługuje na rozpowszechnienie. Dla polskiego czytelnika bardzo jest pożądaną i zasługuje na uznanie okoliczność, że autor uwzględnił piśmiennictwo polskie wyczerpująco i aż do prac najświeższych, t. j. do roku 1905. Piśmiennictwo obce nie mogło oczywiście być uwzględnione równie dokładnie. Niemile uderzają w pracy błędy językowe (»za wyjątkiem«, »przy nieśmiertelnie przebiegających zakażeniach«, »cieplochwiejny« i »ciepłostały« w znaczeniu: wytrzymujący i niewytrzymujący ogrzania, »paciorkowce od szkarlatyny« i t. d.). *Lewkowicz.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Gilbert i Herscher. **Żółcica** (*cholaemia*) **fizyologiczna.** (*Presse méd.* Nr. 26 i 27, 1906). Za ciało barwiące, w surowicy krwi ludzkiej zawarte, uważają autorowie bilirubinę. Luteina, dotąd powszechnie za substancyę barwiącą surowicy krwi uważana, posiada charakterystyczne widmo, którego ani surowica ludzka, ani końska nie tworzą. Natomiast surowice krwi ptaków, jak gołębia, koguta i kaczki, zawierają luteinę obok małych ilości bilirubiny. Obok braku widma luteiny przemawia dalej za obecnością bilirubiny w surowicy krwi odczyn Hayema; polega on na powstawaniu obrączki błękitnej, gdy na surowicę w warstwie grubości 1 cm. nalejemy kwasu azotowego, zawierającego kwas azotawy. Autorowie stwierdzili, że odczyn Hayema jest ostatnim śladem odczynu Gmelina, gdy bilirubina znajduje się w rozcieńczeniu 1: 40.000. W takiem zatem rozcieńczeniu znajduje się bilirubina w surowicy, za czem zresztą przemawia stopień zabarwienia. W grubej warstwie, np. w cylinderku, surowica ludzka daje z kwasem azotowym typowy odczyn Gmelina. — Ilościowe oznaczenie bilirubiny w surowicy oparli autorowie na tem, że odczyn Hayema występuje przy rozcieńczeniu bilirubiny nie niższem, niż 1: 40.000. Poniżej tej granicy odczyn się nie zjawia. Rozcieńczając zatem surowicę zapomocą sztucznie sporządzonej surowicy z białka kurzego można, doprowadzając stopniowo rozcieńczenie aż do zniknięcia odczynu Hayema oznaczyć ilość bilirubiny w surowicy. Średnio surowica krwi ludzkiej zawiera bilirubiny 1: 36.500, co odpowiada 0,027 gr. bilirubiny w litrze surowicy. Także ilość bilirubiny zawarta jest w 80 gr. żółci. Najwięcej bilirubiny znajduje się we krwi rano naczczo, najniższy stopień bilirubinemii przypada między 5—7 godz. po obiedzie. W surowicy krwi ciężarnych ilość bilirubiny się zwiększa do 1: 33.000. Bilirubina ta pochodzi z ciała płodu; surowica bowiem krwi z pępowiny zawiera bilirubiny 1: 10.000, we krwi zaś noworodka ilość bilirubiny dosięga 1: 6,350. Tem też tłómaczy autor zmiany barwikowe u ciężarnych i urobilinuryę w ciąży z jednej strony, charakterystyczną zaś cerę noworodków, podobną do żółtaczkowej, choć w istocie nie żółtaczkową, z drugiej strony. *Dr. Mostowski.*

Dor. **Sporotrichosis.** (*Presse méd.* Nr. 30, 1906). Autor opisuje przypadek licznych ropni podskórnych, powstających kolejno w różnych miejscach ciała z wyjątkiem kończyn dolnych od kolana w dół i kończyn górnych od łokcia w dół. Wszystkie ropnie były usadowione w tkance podpowięziowej lub podmięśniowej, goiły się bardzo łatwo po wypuszczeniu ropy, ale równocześnie uporczywie pojawiały się w coraz to innej części ciała, tak że jedna i ta sama chora przebyła 23 ropni w przeciągu trzech miesięcy. Pomimo tego stan ogólny był stosunkowo dobry, co nie licowało z zakażeniem ropnem. Badanie bakteryologiczne wykryło jako czynnik zakaźny pasorzyta, należącego do grupy *trichomycetes*, nazywanego *sporotrichum*, stojącego w pośrodku między *streptotrix*, a *trichophyton*. Punktem wyjścia zakażenia było gardło, skaleczone połkniętą szpilką, a jeszcze więcej następowem jej wyjęciem. Jest to czwarty przypadek *sporotrichosis*, dotychczas opisany. *Mostowski.*

Prof. A. Korányi. **O wpływie jodu na adrenalinę wywołaną miażdżycę tętnic.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 17). Autor wstrzykiwał 23 królikom do żyły adrenalinę w przerwach 2—4-dniowych. Dawka każdorazowa wynosiła 0,15 adrenaliny. Jedenastu królikom ze wspomnianych 23, po każdorazowem wstrzyknięciu adrenaliny do żyły wstrzyknięto nadto pod skórę 2 lub 3 ctm.³ 10 prc. rozczynu jodypiny. — W tętnicy głównej królików, którym wstrzykiwano tylko adrenalinę, we wszystkich przypadkach były zmiany nieraz w stopniu bardzo wybitnym (duże, liczne tętniaki). Natomiast tętnica główna królików, którym wstrzyknięto takąż samą liczbę dawek adrenaliny, lecz prócz tego wstrzykiwano jodypinę, w 8 przypadkach nie uległa zgoła żadnym zmianom. a w 3 pozostałych powstały zmiany, które nie doprowadziły jednak w żadnym przypadku do wytworzenia się tętniaków. *A. Wrzosek.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Schüle. **O oznaczaniu dolnej granicy żołądka ze szczególnem uwzględnieniem radyografii.** (*Archiv für Verdauungskrankh.* Tom XI

Zeszyt 6). Schüle zestawia wyniki badań metodami dotychczas używanemi, t. j. zapomocą wydymania naczczo i opukiwania żołądka pełnego, z wynikami radyografii. Sprawą tą zajmował się Rieder głównie ze stanowiska fizyologii; autor ma na względzie klinikę. Przed doświadczeniem otrzymują chorzy porcyę kleiku lub purée kartoflane z bizmutem. U chorych chudszych, o budowie wątlejszej, obrazy wypadają oczywiście wyraźniej tak, że samo prześwietlenie wystarcza. O ile w pewnych przypadkach granice zdjęć zgadzają się zupełnie z granicami, oznaczonemi opukiwaniem, o tyle w niektórych błędy, wynikające z opukiwania, są nieraz bardzo znaczne. Przy wydymaniu często wprowadza się do żołądka zadużo gazu i wtedy oczywiście rozpoznaje się rozszerzenie żołądka, chociaż go właściwie niema. Dalej jest tu powodem pomyłek i to, że poprzecznica, leżąca bardzo często ponad żołądkiem, przy wydymaniu przesuwa się ku górze, dając obraz rzekomego rozszerzenia. Najpewniejsze wyniki daje dzisiaj radyografia; zapomocą niej możemy się przekonać nietylko o położeniu narządu, ale i śledzić jego sprawność mięśniową, na co żadna z metod dotychczasowych nie dozwalała. (Ryciny). *Łapiński.*

Doc. Schütz. **O obrazach radyologicznych przy raku żołądka.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 14). Po Riederze, który pierwszy wpadł na pomysł podawania mieszanki bizmutowej w celu otrzymania rentgenogramów, badania szybko postępowały, udoskonalone głównie przez Holzknechta i jego szkołę. Autor zestawia 11 przypadków, wyłącznie raka żołądka, stwierdzonych bądź to przez operacyę, bądź przy sekcyi. — Przy prześwietlaniu powstają rozmaite obrazy, najznamienniejsze przy zwężeniach odźwiernika. Mianowicie wypełnia się podaną mieszanką głównie trzon żołądka, dając w tem miejscu cień; zależnie od sprawy nowotworowej cień kończy się ostro lub w postaci rogów, odpowiadających krzywiźnie małej i wielkiej; przy delikatnie wykonywanem miesieniu (*effleurage*) treść bizmutowa przechodzi dalej, a radyogram się zmienia: rogi zbliżają się ku sobie, tworząc pierścień. Po zaniechaniu miesienia powraca obraz pierwotny. Zależnie od rozmiarów zwężenia widać w części, przed zwężeniem leżącej, więcej lub mniej żywe ruchy robaczkowe. — Wogóle na podstawie dotychczasowych doświadczeń można powiedzieć, że przy nowotworach trzonu żołądka powstają obrazy nierówne, wielopostaciowe; przy nowotworach części odźwiernikowej obrazy zygzakowate, przy których brak znamiennych ruchów robaczkowych odźwiernika. Dotychczasowe wyniki nie uprawniają jeszcze do rozpoznania w takich przypadkach nowotworu. Holzknecht wyraża się przezornie, mówiąc w swej pracy tylko o „raumbeengende Bildung“. Podobny obraz może powstać przy wrzodzie okrągłym, zwłaszcza o brzegach nacieklych, zgrubiałych, dalej przy zwężeniu wskutek blizny lub też wskutek ucisku od zewnątrz. Ale radyoskopia ma tę wyższość nad dotychczasowemi metodami, że: 1. pozwala nietylko rozpoznawać zwężenie w tym okresie, w którym niema jeszcze klinicznych objawów, ale i określić dokładnie jego położenie i rozmiar; 2. pozwala ocenić sprawność części przed zwężeniem leżącej, a to na podstawie ruchów robaczkowych; 3. pozwala określić dokładnie siedzibę guza i określić napewno jego związek z żołądkiem. *Łapiński.*

Calabrese. **Szmer skurczowy niepowikłanej niedomykalności zastawek tętnicy głównej.** (*Presse méd.* Nr. 28, 1906). Autor zbija zdanie Couto, jakoby szmer skurczowy w niepowikłanej niedomykalności zastawek tętnicy głównej powstawał przez wiry, wywołane dostawaniem się krwi pod wysokiem ciśnieniem z tętnicy głównej do komory lewej w okresie skurczu utajonego. Po pierwsze krew w tętnicy głównej w okresie skurczu jest pod bardzo nizkiem ciśnieniem, skoro mogła w czasie skurczu cofnąć się do tętnicy głównej, co zresztą udowodniono doświadczalnie i o czem świadczy obraz tętna; po drugie okres utajonego skurczu w wadzie wspomnianej wcale nie istnieje, na co znowu wskazuje sfigmograficzny obraz tętna, oraz to, że skurcz serca na kardyogramie i początek fali tętna na sfigmogramie równocześnie się zaczynają, która to współczesność stanowczo wyłącza obecność okresu utajonego skurczu; po trzecie, gdybyśmy nawet przyjęli tłómaczenie Couto, szmer skurczowy byłby wywołany przez ten sam czynnik, co szmer rozkurczowy, musiałby zatem charakteryzować się, jako jego nieprzerwany ciąg dalszy i mieć ten sam charakter, co szmer rozkurczowy, co nie odpowiada rzeczywistości. Również odpowiadając okresowi skurczu utajonego, mógłby trwać zaledwie $^{1}/_{10}$ sekundy, w rzeczywistości trwa znacznie dłużej. Wreszcie szmer skurczowy rozszerza się nietylko ku dołowi, ale i ku górze, nawet na tętnice szyi, co znowu nie zgadza się z teoryą Couto. Autor tłómaczy powstawanie szmeru skurczowego przechodzeniem krwi z pod wysokiego ciśnienia w komorze do rozszerzonej tętnicy głównej, w której panuje bardzo nizkie ciśnienie. Przy ruchu cieczy jakiejkolwiek w warunkach podobnych zawsze powstają wiry, znamionujące się pewnemi zjawiskami słuchowemi. Ten sposób tłómaczenia stoi w zgodzie z faktem, że przy hyposystolii szmer skurczowy słabnie, a nawet znika, przy zwiększeniu sprawności mięśnia sercowego znowu występuje i staje się głośniejszy. O ile niema rozszerzenia tętnicy głównej, szmer może być wywołany przez zmiany miażdżycowe wsierdzia, jak niemniej przez stwardnienie i mniejszą podatność zastawek, w którym to przypadku mechanizm powstawania szmeru jest taki sam, jak przy zwężeniu ujścia tętniczego, choć właściwe zwężenie może nie istnieć wcale. *Dr. Mostowski.*

Breton. **Kwas tyminowy.** (*Presse méd.* 1906, Nr. 27). Ponieważ sole kwasu moczowego pod wpływem kwasu węglowego stają się nierozpuszczalnemi, trudno przypuścić, aby kwas moczowy w postaci soli znajdował się we krwi w rozczynie. Szukano zatem nieznanego ciała, które kwas moczowy utrzymuje w rozczynie. Według Minkowskiego ciałem tem jest kwas tyminowy, którego substancyą macierzystą są nukleiny, a który sztucznie można otrzymać przez działanie gorącej wody na kwas nukleinowy. Ponieważ za ciało macierzyste kwasu moczowego musimy uznać także tylko nukleiny, przy rozkładzie zapomocą kwasów dają one bowiem ciała purynowe, które w ustroju utleniają się na kwas moczowy, zatem kwas tyminowy tworzyłby się z tego samego źródła i zawsze równocześnie z kwasem moczowym. Dlatego kwas moczowy w ustroju zdrowym może i w większych ilościach krążyć we krwi, nie tworząc strątów, gdyż znajduje pod dostatkiem kwasu tyminowego który go utrzymuje w rozczynie, zmieniając własności kwasu moczowego w ten sposób, że kwas solny go nie strąca, co można także sztucznie w probówce wykonać. Różnica między stanem fizyologicznym, a stanem chorobowym, nazwanym skazą moczanową, polega według Schmolla na tem, że w skazie moczanowej kwas moczowy tworzy się przez syntezę z ciał, nie dających w prawidłowych warunkach kwasu moczowego, które nadto przy rozkładzie nie oddzielają kwasu tyminowego. Takiemi ciałami są paranukleiny, które, jak np. kazeina, rzeczywiście u chorych na dnę znacznie zwiększają ilość kwasu moczowego w moczu. Tworzący się syntetycznie kwas moczowy nie znajduje dostatecznej ilości kwasu tyminowego i krąży w postaci łatwo strącalnej, wywołując znane objawy skazy moczanowej. Dlatego w ostatnich czasach zalecają kwas tyminowy jako lek przeciwko skazie moczanowej. Autor wykonał doświadczenia z kwasem tyminowym, wyrabianym przez firmę Clin pod nazwą „solurol“ w kołaczykach po 0,25 gr. Autor podawał po 3—4 tabletki dziennie w ciężkich przypadkach zmian w stawach i kolki nerkowej. Nawet u ciężko chorych zauważył znaczną poprawę, t. j. całkowite ustąpienie kolki, znikanie kwasu moczowego, tworzącego złogi, wogóle poprawa zarówno stanu ogólnego, jak i zmian miejscowych była znaczna. *Dr. Mostowski.*

Pariset. **Sposób przedmiotowego mierzenia ciśnienia tętniczego przy równoczesnem użyciu zmodyfikowanego sfigmografu Dudgeona.** (*Presse méd.* Nr. 30, 1906). Autor zmodyfikował sfigmograf Dudgeona. Palec jednej ręki, zatrzymujący bieg sfigmografu, kładzie się w otwór z przodu, palcem drugiej ręki przyciska się do tętnicy powyżej ampułkę sfigmomanometru Potaina; wychylenie wskazówki sfigmografu pozwala dokładnie ocenić, przy jakiem ciśnieniu manometrycznym właśnie ciśnienie opada do swej dolnej granicy, kreślonej przez sfigmograf. Przyrząd ten pozwala osiągnąć wyniki przedmiotowe, a nadto może być obsługiwany obu rękami, gdy przy innych przyrządach dwa palce jednej ręki muszą wykonywać różne czynności. *Dr. Mostowski.*

Krause. **Wymoczki w stolcach durowych.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). Przy rozmaitych chorobach przewodu pokarmowego znajdują się w stolcach różne pierwotniaki; wiciowcom, jakie się czasem spotyka w stolcach durowych, poświęcił osobną pracę Janowski (w *Zeitschrift f. klin. Med.* 1897). Obecnie autor opisuje nowy, nieznany dotąd rodzaj wymoczka, t. zw. *balantidium giganteum*, który spotykał w stolcach chorego na dur, a różniący się od znanego *balantidium coli* (Malmsten) lub *balantidium coli minutum* (Schaudinn) przedewszystkiem wielkością (długość 0·09—0·4 mm., szerokość 0·06—0·15 mm.) i niektórymi drobnymi szczegółami budowy. Razem z *b. giganteum* znajdowała się w stolcach w tym samym przypadku ogromna ilość rzęsistka jelitowego (*trichomonas intestinalis*) z grupy wiciowców. *Wilczyński.*

Sick. **Powstawanie kwasu mlecznego przy raku żołądka.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). W treści żołądkowej w przypadkach raka żołądka spotyka się stale długie laseczniki, jednakże obecność ich jeszcze nie dowodzi bezwzględnie raka, gdyż znajdują się one także i w innych cierpieniach żołądka, połączonych z obniżeniem się HCl. Ważniejsze znaczenie rozpoznawcze przypisywane bywa powszechnie pojawianiu się większych ilości kwasu mlecznego; znaną jest rzeczą, że przy zwykłej niedo-

modze ruchowej i wydzielniczej spotyka się długie laseczniki w znacznej liczbie, nie wykrywa się jednakże większych ilości kwasu mlecznego. Z okoliczności, że przy raku żołądka długie laseczniki tworzą kwas mleczny, w innych zaś stanach chorobowych, połączonych z niedomogą wydzielniczą i ruchową nie, — należało z góry już wnosić, że między wzrostem i rozpadem raka, a wymianą materyi i fermentacyą laseczników istnieje jakiś nieznany związek. Chcąc zbadać dokładniej biologiczne i biochemiczne własności długich laseczników, autor hodował je na różnych pożywkach. Z doświadczeń jego wynika przedewszystkiem, że do wzrostu laseczników w hodowli konieczną jest obecność ciał białkowych: przy skąpym ich dodatku wytwarza się bardzo mało kwasów i to głównie lotnych tłuszczowych, kwasu mlecznego powstaje bardzo mało; natomiast, jeśli pożywki zawierają nieco surowicy krwi, a szczególnie, jeśli zawierają wyciąg z nowotworu rakowego, wówczas kwasu mlecznego wytwarza się dużo. *Wilczyński.*

PEDYATRYA. Ganghofner. **Zastosowanie lecznicze tuberkuliny u dzieci.** (*Verh. der XXII Vers. d. Gesell. f. Kinderh.*). Autor stosował tuberkulinę u 12 dzieci, u których zapomocą wstrzyknięcia próbnego rozpoznano gruźlicę. Stosował tylko dawną tuberkulinę Kocha, rozpoczynając od bardzo małych dawek $^1/_{100}$—$^5/_{100}$ mg. i unikając wszelkiego silniejszego odczynu. Dzieci znosiły to leczenie dobrze, o czem świadczył przybytek na wadze i dobre wyglądanie. Co się tyczy samego działania leczniczego, to uważa G. statystykę swoją za zbyt szczupłą, ażeby módz coś stanowczego powiedzieć; w każdym razie uważa, iż środek ten zasługuje na dalsze próby. *T. Żeleński.*

C. Binz. **Euchinina i aristochina w krztuścu.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 15, 1906). Autor już w r. 1868 zalecał w krztuścu duże dawki chininy, jako środka, który łagodzi napady i czyni je rzadszemi. Spostrzeżenia z praktyki prywatnej, w których środek ten rzekomo zawiódł, przyjmuje B. ostrożnie, gdyż dzieci biorą chininę z powodu jej smaku niechętnie, stąd leczenie rzadko bywa przez rodziców z należytą konsekwencyą przeprowadzone. Działanie chininy tłómaczy B. bezpośrednio wpływem na nieznane nam dziś zarazki krztuśca (zatem podobnie, jak w zimnicy), nie zaś obniżeniem pobudliwości nerwowej. O ile dzieci niechętnie chininę zażywają, o tyle ją bardzo dobrze znoszą nawet w dużych dawkach i przez dłuższy przeciąg czasu, przyczem jednak trzeba pamiętać o możliwości idyosynkrazyi. Te same korzyści, co przy leczeniu chininą, stwierdził autor, podając euchininę i aristochinę, przewyższające chininę tem, że nie mają owej przykrej goryczy. Najlepszym sposobem podawania jest mieszanie leku ze sproszkowaną czekoladą lub cukrem i podawanie na sucho; nie należy podawać w kwaskowatych syropach, gdyż wówczas lek rozpuszcza się nieco i nadaje lekarstwu smak gorzkawy. *T. Żeleński.*

Roeder. **Gruźlica płuc w wieku szkolnym.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 13, 1906). Baczniejszą uwagę na gruźlicę płuc w wieku szkolnym zwrócono dopiero w ostatnich latach, przyczem już dotychczasowe spostrzeżenia stwierdziły dowodnie, iż cierpienie to w tym właśnie wieku ma szczególnie ważne znaczenie. Gdy do 5. roku życia choroba ta zajmuje czwarte z rzędu miejsce pod względem częstości jako przyczyna śmierci, to w wieku od 6—10 roku przesuwa się na trzecie, a od 11—15 na pierwsze, stając się najczęstszą przyczyną śmierci dziatwy szkolnej. Tak jak choroby zakaźne stanowią najgroźniejsze niebezpieczeństwo dla dzieci w wieku przedszkolnym, tak znowu w wieku szkolnym gruźlica płuc tworzy największe niebezpieczeństwo i wymaga najenergiczniejszego zapobiegania. Stosunek płci jest tutaj odwrotny, niż u dorosłych, gdzie gruźlica jest znacznie częstszą u mężczyzn: tutaj przeciwnie u dziewcząt jest znacznie większy odsetek śmiertelności. Objawy gruźlicy płuc w tym wieku są czasem bardzo niewyraźne i dają się stwierdzić tylko przy ścisłem i uważnem badaniu. Niekiedy przebiega cierpienie skrycie, np. pod postacią nieżytu oskrzeli lub pod pozorami objawów żołądkowych i dopiero nagle rozwijające się zapalenie opon mózgowych odsłania istotę choroby. Podmiotowe objawy również mogą być nieznaczne; nieraz lekarz ze zdziwieniem stwierdza rozległe zmiany u dzieci, które bez przerwy uczęszczały do szkoły i nie uskarżały się na żadne cierpienia. Jako źródło zakażenia można stwierdzić najczęściej gruźlicę w najbliższej rodzinie, przyczem zarażenie się przez obcowanie ma większe znaczenie, niż obciążenie dziedziczne. Szczególnie niekorzystnie jest, jak statystyki Berlina dowiodły, mieszkanie większej liczby osób w jednej izbie. Bardzo sprzyja rozwojowi gruźlicy wadliwa budowa ławek szkolnych i niedostateczne przewietrzanie klas. Celem zapobiegania szerzeniu gruźlicy w wieku szkolnym zaleca autor następujące środki: 1) Systematyczne badania wszystkich dzieci szkolnych celem usuwania gruźliczych i podejrzanych, 2) pouczanie o niebezpieczeństwach gruźlicy, 3) oddawanie dzieci chorych do zakładów leczniczych, 4) stwarzanie lecznic chorób płucnych dla dzieci, 5) umieszczanie po ukończeniu leczenia dzieci w koloniach letnich, lub w szkołach, zakładanych w tym celu na wsi lub w lesie, 6) nadzór nad choremi i podejrzanemi aż do opuszczenia szkoły, 7) badanie wszystkich uczniów przy ukończeniu szkoły i zaprowadzenie odpowiednich świadectw zdrowia. *T. Żeleński.*

Bernheim-Karrer. **Przyczynek do poznania przypadków śmierci przy wyprysku.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, grudzień, 1905). Autor opisuje trzy przypadki przewlekłego sączącego wyprysku skóry czaszki i twarzy u niemowląt. W pierwszym bez jakichkolwiek ważniejszych, klinicznie stwierdzić się dających powikłań nastąpiła nagle śmierć. Badanie stwierdziło ogólne zakażenie gronkowcami (skóra policzków, gruczoły szyjne, krew z serca, wątroba, śledziona), ogniska zapalne na wsierdziu i w mięśniu sercowym. W drugim przypadku wystąpił zapad, jednak dziecko przyszło do siebie i wyzdrowiało. W trzecim zmiany sercowe i zejście śmiertelne odnosi autor do zapalenia zrazikowego płuc, wywołanego przez paciorkowce. Autor przechodzi krytycznie tłómaczenia nagłej śmierci u dzieci, dowodzi, jak mało są one uzasadnione, podnosi, że trzeba w takich przypadkach zwrócić szczególniejszą uwagę na zmiany w sercu, przyczem nie wystarcza badanie gołem okiem, lub badanie jednego tylko odcinka serca. Klinicznie w przypadkach, w których stany tężyczkowe są wyłączone, ważne jest udowodnienie, że dziecko przebyło jakąkolwiek zakaźną chorobę, (przedewszystkiem dur brzuszny lub błonicę), która mogła przejść niepostrzeżenie, a pozostawić zmiany w mięśniu sercowym. Autor podaje opis przypadku, w którym prawdopodobnie po przebyciu nierozpoznanej błonicy (siostra przebyła błonicę), nastąpiła nagle śmierć. Badanie mikroskopowe serca wykryło rozległe śródmiąższowe zapalenie mięśnia sercowego. Za chorobę zakaźną należy także uważać wyprysk sączący u niemowląt z powodu stałej obecności mikrobów ropnych w wysięku. Nierzadko też stwierdzamy w takich przypadkach powiększenie się gruczołów szyjnych, podwyższenie się ciepłoty, białkomocz, niedokrwistość. Również mogą wytworzyć się zmiany w mięśniu sercowym. *Lewkowicz.*

Cruchet i Lepage. **Prątek Kocha w stolcach dziecka: jego znaczenie rozpoznawcze.** (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, grudzień, 1905). Autor zwraca uwagę na trudności rozpoznania gruźlicy płuc u dzieci młodszych i na niemożebność zebrania plwociny do roku 7—8, dzieci ją bowiem połykają. Badanie plwociny można z dobrym skutkiem zastąpić badaniem stolca na prątki gruźlicze po dwukrotnem scentryfugowaniu sposobem Strassburgora. Odrobinę stolca wielkości ziarnka grochu, rozmąca się z kilku cm.³ wody, centryfuguje przez 30 sekund, zlewa ostrożnie płyn mętny, pozostawia zaś części stałe. Na jedną część płynu dodaje się dwie części wyskoku 95 prc., centryfuguje znowu przez 30 sekund, a sporządzone z osadu preparaty barwi się na prątki gruźlicze i jak najstaranniej przeszukuje. *Lewkowicz.*

Nobécourt, Leven i Merklen. **Ciężar ciała i mocz w odrze.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, grudzień, 1905). Ciężar ciała opada w pierwszych dniach choroby, mimo że wydzielanie moczu jest zmniejszone. Po kilku dniach ilość moczu podnosi się, równocześnie podnosi się także lub utrzymuje na równi ciężar ciała. Mocznik wydziela się w małej ilości w pierwszym okresie choroby, następnie zaś w ilościach stosunkowo znacznych. Wydzielanie chlorków zależne jest od wprowadzania tych ciał z pokarmami. *Lewkowicz.*

NEUROLOGIA. Plavec. **O padaczce ruchowej małej.** (*Neurolog. Centralblatt* 1906, Nr. 3, 4, 5). Autor opisuje przypadek, w którym obok typowych napadów swoistej padaczki pojawiały się od czasu do czasu skurcze stałe (toniczne) lewej połowy twarzy i języka, gdy drgawki ograniczały się do okrężnego mięśnia oka, oraz do dźwigaczy lewego kąta ust. Na podstawie długoletniej obserwacyi swego przypadku, oraz przypadków, zaczerpniętych z piśmiennictwa, dochodzi autor do wniosku, że mogą obok siebie istnieć u jednego i tego samego osobnika różne postacie padaczki, które występują jużto jednocześnie, już też każda dla siebie, zależnie od tego, jaka w danej chwili działa przyczyna. Różnica polegałaby na charakterze skurczów, oraz na bardzo rzadko występującej utracie przytomności przy padaczce korowej, czyli częściowej; natomiast w padaczce swoistej utrata przytomności jest zjawiskiem stałem. Obok nich pojawiać się jeszcze może u tego samego osobnika i padaczka odruchowa, która znowu głównie od przyczyny ją wywołującej zależy. *Schudmak.*

Näcke. **O kile i porażeniu postępującem w Bośnii.** (*Neurol. Centralblatt* Nr. 4, 1906). Badania bardzo obfitego materyału kiły w Bośnii i Hercogowinie, gdzie choroba ta jest bardzo rozpowszechniona, po największej części fałszywie lub wcale nie

leczona i gdzie postacie złośliwe nie należą do rzadkości, doprowadziły autora do wniosku, że porażenie postępujące, tak rzadko w tych krajach spostrzegane, musi mieć przyczynę nie w kile samej, tylko w odpowiedniej swoistej, po największej części wrodzonej skłonności mózgu, przy której kiła odgrywa taką samą rolę, jak np. fizyczne lub moralne urazy, wyskok itp. Zdaje się nawet, że kiła rzadko przedstawia ostateczny czynnik przyczynowy porażenia postępującego, a raczej tylko podtrzymuje lub nawet wzmacnia skłonność, osobnikowi właściwą, tak że ostatecznymi czynnikami, chorobę wywołującymi, są z reguły wpływy inne, po największej części natury psychicznej. *Schudmak.*

Kalischer. **O środku nasennym „proponalu“.** (*Neurolog. Centralblatt* Nr. 5, 1906). Autor stosował proponal w kołaczykach po 0·1 gr. i doszedł do wniosku, że jako środek nasenny może mieć proponal swoje znaczenie dopiero w dawkach większych, t. j. od 0·4—0·6 gr. Sen następował zazwyczaj już po kwadransie do godziny, a trwał 4—7 godzin. Następowe działanie proponalu jest po obudzeniu się ze snu mniejsze, aniżeli weronalu, po którym nierzadko po większych nieco dawkach, oraz u osobników starszych ze zwapnieniem naczyń zdarza się uczucie zajęcia głowy i ociężałość. *Schudmak.*

Hübner. **W sprawie stosunku kiły do wiądu rdzenia i porażenia postępującego.** (*Neurolog. Centralblatt* Nr. 6. 1906). Statystyka, jaką autor zestawił co do tej sprawy, wskazuje, że twierdzenie szkoły Erb-Fourniera, jakoby wiąd rdzenia i porażenie postępujące u kobiet publicznych, dotkniętych po największej części kiłą, należały do rzadkości, nie odpowiada rzeczywistości, gdyż liczby, jakie autor przytacza, dowodzą, że choroby te są u prostytutek częstsze, aniżeli wogóle dotychczas mylnie przyjmowano. I tak n. p. przytacza H., że na 41 zmarłych w zakładzie Herzberge prostytutek stwierdzono 24 razy klinicznie, oraz sekcyą porażenie postępujące, a zatem u 58 prc., zaś wiąd rdzenia, oraz kiłę mózgowo-rdzeniową u dalszych 29 prc. — Następnie porusza autor sprawę niepłodności u kobiet, dotkniętych wiądem lub porażeniem postępującem. Częstość niepłodności u tych chorych tworzy niezbity dowód, że tak niepłodność, jak i choroby omawiane (t. j. wiąd i porażenie) muszą mieć przyczynę wspólną, t. j. kiłę. Wreszcie przytacza H. szereg historyi chorób, dowodzących, że w rodzinach, których członkowie przechodzili najrozmaitsze wstrząśnienia psychiczne, tylko ci zapadali na wiąd lub porażenie postępujące, którzy dotknięci byli kiłą; natomiast niezarażeni pozostawali zdrowi, mimo, że urazy psychiczne były u nich daleko silniejsze. *Schudmak.*

Osterwald. **Przyczynek do rozpoznania wągra w czwartej komorze.** (*Neurolog. Centralblatt* Nr. 6, 1906). Mimo zdania Küchenmeistera, że przy cierpieniu mózgowem dopiero wtedy myśleć wolno o rozpoznaniu wągra, kiedy, go w innych narządach wykryć można, usiłuje autor zwrócić uwagę na podstawie klinicznie spostrzeganych 2 przypadków na najważniejsze znamiona, wyszczególniające tę chorobę i umożliwiające rozpoznanie wtedy, kiedy brak pomocniczych danych ze strony innych narządów. Do tych znamion zalicza autor okresowe powracanie długotrwałych objawów ogólnych, znamiennych dla nowotworów mózgu, naprzemian z okresami pozornego zupełnego zdrowia, dalej związek ścisły, zachodzący między zawrotami głowy, a zmianą jej ułożenia, również brak lub niewyraźne występowanie innych podmiotowych objawów, wreszcie nagłą śmierć, która do najstalszych prawie należy zjawisk. Różnica rozpoznawcza, jakaby klinicznie zachodziła między wągrem wolnym, a wągrem, do ścian komory mózgowej przyczepionym, nie da się jeszcze na razie określić. *Schudmak.*

Dunger. **O mocznicowem zapaleniu nerwów.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 16). Przypadek o tyle godny wzmianki, że dotąd nie opisano zapalenia nerwów, jako powikłania zapalenia nerek i mocznicy. Zapalenie nerwów dotyczyło z początku całego splotu barkowego po jednej stronie, szybko jednak ograniczyło się do nerwu pośrodkowego (*medianus*). Sprawie towarzyszyła silna bolesność dotykowa pnia nerwowego, parestezye i zaniki odpowiednich mięśni. *Dr. M. Godlewski.*

Bumke. **O nieruchomości źrenic w czasie napadu histerycznego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 16). Typowego objawu Argyll-Robertsona nie spotykamy nigdy w histeryi, natomiast w bardzo rzadkich przypadkach spotykamy zupełną, t. j. tak na światło, jak i na akomodacyę nieruchomość źrenic. W tych przypadkach częściej bywają źrenice rozszerzane, niż zwężone. Dla przekonania się, czy rozszerzenie, połączenie z brakiem oddziaływania, zależy od kurczu rozszerzacza, czy też od porażenia zwieracza, użył autor w jednym przypadku zakraplania naprzemian kokainy i homatropiny bezpośrednio przed napadem histerycznym, który zapomocą poddawania łatwo się dawał wywołać. Działanie kokainy polega na podrażnieniu mięśnia rozszerzającego źrenicę, działanie homatropiny na porażeniu zwieracza źrenicy. Ponieważ działanie kokainy sumowało się z rozszerzeniem źrenic wśród napadu, źrenice zaś rozszerzone pod działaniem homatropiny już się w czasie napadu nie zmieniały, — widocznie więc zmiany w źrenicach w czasie napadu histerycznego są niejako takie, jak te, które wywołuje homatropina. To też zahamowanie, czy też zmniejszenie pobudliwości ośrodka zwieracza źrenicy uważa autor za przyczynę nieruchomości źrenic, która, chociaż bardzo wyjątkowo, w czasie napadu histerycznego wydarzyć się może. *Dr. M. Godlewski.*

Lilienstein. **Przyczynek do nauki o zużywaniu się (nerwu) przez nadmierną czynność.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 16). Według teoryi Edingera skutkiem nadmiernej czynności może dojść nawet do zaniku pewnego nerwu i tem samem do zaniku mięśni, przez ten nerw unerwionych. Zmiany te następują zwłaszcza wtedy, jeżeli już przedtem z jakichkolwiekbądź powodów nerw ten, czy wogóle układ nerwowy znajdował się w nieprawidłowych warunkach. Ciekawem jest to, że w takim razie zwyrodnieniu ulegają te właśnie nerwy, których czynność była szczególnie silna. Zaniki w wiądzie rdzenia odnosi autor również do czynnościowego nadużycia. L. popiera teoryę Edingera spostrzeżeniami na chorych. Przy porażeniu ołowiczem stale prawie zajęty bywa nerw promieniowy; natomiast w przypadku L. porażenie dotyczyło n. łokciowego, ponieważ chory wykonywał pracę, przy której wytężały się szczególnie mięśnie, przez ten właśnie nerw zaopatrywane. *Dr. M. Godlewski.*

Lewandowsky. **Uwagi o przykurczeniach przy porażeniu połowiczem.** (*Zeitschr. f. Nervenheilk.* T. 29, Z. 3—5). Według Wernickego i Manna nie podlegają wszystkie mięśnie w równej mierze porażeniu, a względnie przykurczeniu przy połowiczych porażeniach; tak n. p. może mięsień obniżający łopatkę prawidłowo działać, gdy jej dźwigacz uległ zupełnemu porażeniu; podobny stosunek zachodzi pomiędzy mięśniami dolnej kończyny. Według spostrzeżeń Manna przykurczenia dotyczą przeważnie mięśni, porażeniem niezupełnie lub wcale nie dotkniętych; Mann, van Gehuchten i autor przekonali się, iż przy zupełnem porażeniu dwóch mięśni przeciwniczych lub całej kończyny przykurczeń niema. — Podobnie, jak Mann i Wernicke, przyjmuje L. istnienie pewnych typów przykurczeń, jak przykurczenie zginaczy kończyny górnej, a przeciwnie prostowników, napotykane prawie zawsze w kończynie dolnej. Wychodząc z założenia, iż kończyny zupełnie porażone nie ulegają zwykle przykurczeniom i że z drugiej strony jakieś bodźce odgrywają rolę przy dowolnych ruchach mięśni przykurczonych, zastanawia się L., czy te bodźce natrafiają na jakiś narząd środkowy o wzmożonej pobudliwości, a jeśli tak jest, gdzie się znajduje ów narząd i co jest przyczyną tej pobudliwości nieprawidłowej? Wbrew ogólnie przyjętym zapatrywaniom sądzi L. na podstawie własnych spostrzeżeń, iż ów narząd leży w obrębie kory mózgowej i że z niego przenoszą się podniety drogą włókien torebki wewnętrznej jeszcze utrzymanych na narządy drugorzędne. Gdyby bowiem połączenie między nimi a korą było całkowicie przerwane, nie przyszłoby wcale do przykurczeń. Zbijając zapatrywanie Wernickego co do przyczyny wzmożonej pobudliwości twierdzi L., że we wszystkich porażeniach połowiczych utrzymują się zarówno włókna, rządzące ruchami prostowników, jak też i zginaczy, że więc żadne z nich nie ulegają zupełnemu zniszczeniu, mimo iż zachodzą grube różnice w czynności poszczególnych gromad mięśniowych. Prawdopodobnie i czucie mięśniowe (szczególnie u tabetyków) ma wpływ przyczynowy. Tak zboczenia tegoż czucia, jak też i bierne ułożenie kończyny mogą przyczynić się do powstania przykurczeń; to twierdzenie objaśnia L. spostrzeżeniem własnem, tyczącem się chorego ze stałem przykurczeniem prostowników kończyny górnej, u którego jednak po odpowiedniem ułożeniu tejże kończyny powstało skurczenie zginaczy, utrzymujące się później przez pewien czas. Według autora objaw ten, — odpowiadający w zasadzie zaburzeniu, opisanemu przez Babińskiego pod nazwą diadokokinezya, — nie powstaje li tylko odruchowo, ale także wskutek dowolnej innerwacyi, choć niezupełnie świadomej. Tenże pierwiastek czynny wydaje się autorowi być jednym z ważniejszych czynników, rozstrzygających o ukształtowaniu się późniejszem porażenia, a względnie przykurczenia; drugim takim czynnikiem jest tamowanie mięśni przeciwniczych, spowodowane właśnie przykurczeniem. *Korn.*

CHIRURGIA. Romme. **Usypianie i usypianie siebie samego mieszaniną Schleicha.** (*Presse méd.* Nr. 27, 1906). Autor zdaje sprawę o najnowszym sposobie usypiania, podanym przez Schleicha. Używa się do tego mieszaniny, złożonej z 2 części chlorku etylu, 4 cz. chloroformu, 12 cz. eteru. Punkt wrzenia tej mieszaniny jest 38°, prężność pary tej mieszaniny równa się prężności powietrza w płucach. Ta właściwość mieszaniny jest przyczyną, że

mieszanina ta nie jest trującą. Chloroform bowiem działa według Schleicha dlatego trująco, że z powodu wysokiego punktu wrzenia pary jego z trudnością tylko i powoli opuszczają krew ustroju; eter zaś według Schleicha dlatego działa trująco, że posiadając nizki punkt wrzenia, uchodzi pod wysokiem ciśnieniem we krwi, przez co ma utrudniać uchodzenie bezwodnika kwasu węglowego. Na 15.000 przypadków uśpienia tą mieszaniną jeden tylko przypadek był nieszczęśliwy... fortunny, a to wskutek nierozsądnego prowadzenia uśpienia. Wady serca, nawet niewyrównane, nie stanowią przeciwwskazania wobec bezwzględnej nieszkodliwości środka. Autor radzi używać tej mieszaniny do autonarkozy dla rannych na wojnie lub przy nieszczęśliwych wypadkach np. w fabrykach. Schleich sporządził w tym celu pudełka aluminiowe, szczelnie zamknięte, zawierające tampon waty, napojony 50 gr. mieszaniny. Ranny żołnierz mógłby z łatwością sam się uśpić, 50 gr. bowiem zwykle do uśpienia wystarcza. Podobnie przy wypadkach, n. p. w fabrykach lub teatrach, lekarz, czy ktokolwiek, pilnujący tych pudełek narkotycznych, mógłby uśpić rannych, oszczędzając im bólu przy przenoszeniu do szpitala i założeniu pierwszego opatrunku. *Dr. Mostowski.*

Krecke. **Czy możemy rozpoznać ciężkie przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego, wymagające niezwłocznej operacyi?** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 15, 1906). Na mocy swej statystyki autor stara się udowodnić, że niemal zawsze można z objawów klinicznych rozpoznać ciężkie zmiany wyrostka robaczkowego, wymagające niezwłocznej operacyi. Wskazówkami takiemi są pewne bardzo typowe objawy kliniczne. W pierwszym rzędzie bolesne napięcie powłok brzusznych pojawia się przy ciężkiem zapaleniu wyrostka prawie stale, a naodwrót brak napięcia pozwala wyłączyć poważniejsze cierpienie wyrostka. Na 24 przypadków ciężkiego zapalenia wyrostka, operowanych przez autora, nie było napięcia tylko w 3, lecz tutaj inne objawy dozwoliły rozpoznać ciężką sprawę. Z innych objawów tętno ponad 100 jest również według autora wskazaniem (u dorosłych) do niezwłocznej operacyi, jednakże tętno wolne nie wyłącza jeszcze ciężkiego zapalenia. Podobnie uporczywe wymioty dowodzą ciężkiego zapalenia, równie jak i silne bardzo bole, dlatego też nie należy podawać odrazu narkotyków, gdyż zacierają one obraz chorobowy. Gorączka nie daje natomiast żadnych wskazówek; bywa ona często przy łekkich zmianach wysoką, a przy zajęciu otrzewnej i przedziurawieniu nizką. Podobnież i opukiwanie nie dostarcza często żadnych danych. Natomiast oddech przyspieszony, piersiowy, towarzyszy często ciężkim sprawom. Liczeniu ciałek białych autor nie przyznaje wielkiej wagi. Jeden z wymienionych objawów niepomyślnych powinien zawsze więcej zaważyć na szali rokowania, niż reszta pomyślnych. W razie rozpoznania »*appendicitis destructiva*« należy w przeciągu 2 godzin przystąpić do zabiegu. *A. Klęsk.*

Rieder. **Przyczynek do rozpoznawania ropni płuc.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 17, 1906). Rozróżniamy 3 rodzaje ropni płuc: *a*) z zachłyśnięcia się, *b*) z zatoru powstałe, *c*) w przebiegu chorób zakaźnych jako powikłania. Autor zajmuje się tym trzecim rodzajem ropni. Charakteryzują się one ograniczonem stłumieniem odgłosu opukowego, brakiem oddechu oskrzelowego, nieregularnemi wzniesieniami ciepłoty i długiem trwaniem sprawy chorobowej. Dotąd rozpoznać mogliśmy ropień napewne jedynie tylko w przypadku przebicia się jego do jednego z większych oskrzeli, przyczem ciepłota spada, chory odkrztusza wielką ilość ropnej plwociny, w której prócz ciałek ropnych wykryć można jeszcze włókna elastyczne, cząstki tkanki płucnej i kryształki hematoidyny, cholestearyny i kwasów tłuszczowych. Po przebiciu się ropnia, w miejscu jego siedziby występują typowe objawy kliniczne jam płucnych. Często jednak sprawa tak nie przebiega i rozpoznanie napotyka na wielkie trudności. W przypadkach takich nieocenione usługi oddaje fotografia Röntgenowska, jak tego autor dowodzi na kilku rycinach spostrzeganych przez siebie 2 przypadków. W jednym z nich można było nawet spostrzegać utworzenie się drugiego ropnia w czasie obserwacyi. W rozpoznaniu różniczkowem mogą wchodzić w rachubę otorbiony wysięk opłucny lub otorbiona odma piersiowa i jamy gruźlicze, tu jednak inne objawy kliniczne przychodzą z pomocą. Ropnie tego rodzaju leczą się zwykle same bez zabiegu operacyjnego, pozostawiając po sobie blizny, które nieraz na stole sekcyjnym uważa się za pozostałości starej sprawy gruźliczej. *A. Klęsk.*

Grad. **Leczenie wymiotów po chloroformie wstrzykiwaniami ergotyny.** (*Revue franç. de médec. et de chirurg.* Nr. 6, 1905). Celem zapobieżenia nudnościom i wymiotom w uśpieniu chloroformowem i po niem poleca autor gorąco wstrzyknięcie na początku uśpienia i zaraz po niem każdym razem po 0,65 ergotyny. *A. Klęsk.*

Tomaszewskij. **W sprawie leczenia ostrych zakaźnych chorób chirurgicznych przekrwieniem zastoinowem.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 12). Autor stosował w klinice chirurgicznej (Ptbg.) przekrwienie zastoinowe według Biera w 65 przypadkach, a mianowicie: w 22 przypadkach czyraka, 2 ciężkiego czyraka (*carbunculus*), 14 ropni i zapaleń gruczołów chłonnych różnego pochodzenia, w 15 przyp. ropowicy, 5 zapalenia sutków, 5 zanokcicy, w 1 wrzodu wargi górnej, wreszcie w 1 przypadku przetoki na palcu po ranie postrzałowej. Opaskę elastyczną zakłada się na 18—20 godzin, możliwie najdalej od miejsca chorego; koniecznie jest tak zwane „czerwone“ przekrwienie w przeciągu całego czasu, bo tylko takie „czerwone“ przekrwienie działa skutecznie; przekrwienie zaś „sine“ lub „chłodne“ działa ujemnie. Ciepłota skóry części ciała, ulegającej przekrwieniu, powinna być wyższą od prawidłowej, a w żadnym razie nie niższą; po nałożeniu opaski ból powinien zupełnie zniknąć lub zmniejszyć się; posiedzenia powtarzać należy kilka dni. — Bańki i balony ssące Bier-Klappa stawia się na 5 minut, następnie zdejmuje się na 3 min. i to powtarza się kolejno w ciągu 45 minut. Otwór bańki powinien być takiej wielkości, jak powierzchnia czyraka, ropowicy i t. d. Przy używaniu baniek już najmniejsze przekłucie jest bardzo pomocne i skraca leczenie. Przeciąg leczenia, przeprowadzonego opisanym sposobem, jest bardzo krótki, mianowicie leczenie czyraka w przypadkach T. trwało średnio 3—5 dni, cięższych czyraków 6 dni, ropni i zapalenia gruczołów chłonnych 9 dni, ropowic 8 dni, zapalenia sutków 8 dni, zapalenia sutków 8 dni, zanokcicy 10 dni; w przypadku wrzodu na wardze górnej wyleczenie nastąpiło już w 12 dni, jakkolwiek choroba trwała już 5 miesięcy i używano przedtem bezskutecznie wszelkich środków, nie wyłączając radu. T. wyjaśnia wreszcie, jak właściwie działa przekrwienie zastoinowe, wykazując, że sposób ten; 1) zmniejsza lub nawet zupełnie usuwa ból; 2) niszczy drobnoustroje; 3) polepsza warunki odżywiania w tkankach; 4) działa rozpuszczająco i rozcieńczająco względem toksyn i innych substancyi trujących; wreszcie 5) obniża wchłanianie, gdy przekrwienie czynne znacznie je natomiast powiększa. Na ostatnich dwóch właśnościach opiera się leczenie zapomocą baniek, mianowicie w przeciągu pierwszych 5 min. nastaje przekrwienie bierne, które rozpuszcza i rozcieńcza szkodliwe czynniki, w następnych zaś 3 minutach (przerwy) następuje przekrwienie czynne, które sprzyja wchłonięciu rozcieńczonych jadów i szybszemu wydaleniu ich z ustroju.

Wojciech Kozłowski (Ptbg.).

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA.

O. H. Petersen. **O usadowieniu łożyska i znaczeniu usadowienia dla porodu.** (*Beitr. z. Geb. u. Gyn.* t. X, z. 3, 1906). Badania swoje wykonał autor na licznym materyale porodowym kliniki w Kiel. Popłody oczyszczał ze skrzepów i stwierdziwszy, że błony odeszły w całości, zamykał zapomocą odpowiednich drewnianych zacisków otwór w pęcherzu płodowym, poczem wypełniał pęcherze płodowe wodą do średniego napięcia i dokładnie je mierzył. Badania te stwierdziły, że górny brzeg łożyska dochodzi najczęściej na jakie 1—6 ctm. do t. zw. grzebienia dna, t. j. górnej granicy między tylną, a przednią połową macicy. Tylko w 12 przypadkach (na 150) łożysko granicę tę przekraczało w mniejszym lub większym stopniu. Sądzi więc P., że przy cięciu cesarskiem należy używać cięcia przedniego podłużnego tylko w tych przypadkach, w których więzadła okrągłe przebiegają na przedniej powierzchni macicy, w przeciwnym razie lepszem jest cięcie poprzeczne w dnie macicy (Fritscha), jako omijające miejsce usadowienia się łożyska. Przy cięciu podłużnem napotykamy łożysko w całej rozciągłości, natomiast przy cięciu poprzecznem w $^{3}/_{4}$ wszystkich przypadków tylko jego mniej lub więcej wązki brzeg. Od dolnego bieguna jaja oddalone jest łożysko w przeważnej części przypadków na 8—14 ctm. Potwierdza to doświadczenie Holzapfla, że środek łożyska usadowiony bywa przeważnie w górnej połowie jaja płodowego. Odległość dolnego brzegu łożyska od dolnego bieguna jaja płodowego = 7 ctm. wystarcza, aby przy prawidłowem powiększeniu macicy nie sprawiać przypadłości łożyska przodującego. Przez łożysko trąbkowe rozumie autor łożysko tak usadowione, że pokrywa ujście trąbki. Napotkał je w 8 prc. przypadków. Usadowienie to nie daje się tak pewnie przed porodem dziecka rozpoznać, jak to często głoszono. Podobny kształt i zbitość miewa macica siodełkowata. Usadowienie trąbkowe nie wpływa zupełnie na czas trwania odejścia popłodu, nie wywołuje też żadnych zboczeń w odejściu. Objawem takiego usadowienia łożyska jest wypuklenie jednego rogu macicy z równoczesnem siodełkowatem wgłębieniem dna. Przed pęknięciem pęcherza podobny objaw daje i macica siodełkowata. Jednak i po pęknięciu pęcherza, oraz w III okresie można często stwierdzić podobny kształt macicy z powodu nierównomiernego kurczenia się mięśnia macicy, niezależnie od usadowienia się łożyska. Stanowczo można rozpoznać łożysko trąbkowe jedynie przez wydęcie jaja płodowego na urodzonym popłodzie lub autopsyę macicy ciężarnej lub też rodzącej. Powsta-

wanie brzegu (*margo*) przy t. zw. łożysku obrzeżonem nie zależy w niczem od siedziby łożyska. Usadowienie się łożyska na ścianie bocznej stwierdzono w 13 przyp. Przy usadowieniu bocznem łożysko przechodzi najczęściej wązkim paskiem na stronę przeciwną lub zajmuje obydwie ściany, a wtedy w miejscu przejścia znajdnje się zazwyczaj wcięcie lub powstaje t. zw. łożysko dwudzielne (*placenta bipartita*). I boczne usadowienie nie sprawia żadnych przeszkód w odejściu popłodu. Przy ciąży bliźniaczej autor zauważył, że łożyska były względem siebie skośnie ułożone i to we wszystkich trzech kierunkach, tak że niżej usadowione równocześnie sięgało więcej ku jednej stronie, a także zachodziło więcej w przód lub w tył. Technika wypełnienia popłodów bliźniaczych jest trudniejsza z powodu większych przedarć, oraz wskutek tego, że przy niezbyt ostrożnem wypełnianiu oddzielają się od siebie kosmówki przegrody w popłodach bliźniaczych, pochodzących z 2 jajek.

Dr. Stanisław Przybylski.

M. Reeb. **O wpływie odżywienia matek na rozwój płodów.** (*Beitr. z. Geb. u. Gyn.* t. IX, z. 3, 1905). Metoda Prochownika wpływania odpowiedniem żywieniem matki na rozwój płodów spotkała się w swoim czasie z wieloma zarzutami i nie znalazła ogólniejszego zastosowania. Zarzucono jej, że opiera się na niepewnych danych, bo badania dotychczasowe nie stwierdziły dostatecznie, o ile odżywianie matek wpływa na rozwój płodów, a doświadczenie codzienne poucza, że bardzo często licho wyglądające matki rodzą duże dzieci, — że więc nie warto głodzić kobiet dla niepewnych wyników, a przytem dyeta, przez Prochownika wskazana, jest dosyć droga i trudno ją w praktyce przeprowadzić. Autor wychodząc ze spostrzeżenia, znanego dobrze hodowcom psów, że bardzo wielkie i bardzo małe psy są wytworami sztucznymi, przyczem niemałą rolę odgrywa prócz innych czynników i odpowiednia dyeta, przedsięwziął celem wyjaśnienia sprawy cały szereg doświadczeń na zwierzętach. Do doświadczeń użył królików z powodu, że ciąża u nich trwa około dni 30 i że w przeciągu roku kilkakrotnie rodzą młode, można więc w krótkim czasie otrzymać z tych samych zwierząt kilka miotów przy rozmaitej dyecie. Ponieważ w takich doświadczeniach mamy do czynienia stale z ciążą mnogą, a i ilość płodów nie jest stałą, chcąc więc wysnuwać pewne wnioski, należy oceniać całość miotu, t. j. ciężar ogólny płodów. Autor podawał zwierzętom, poddawanym doświadczeniom, strawę obfitą, lecz zawierającą mało substancyi pożywnych, a więc starał się postępować według zasad Prochownika. Przy tem odżywianiu stale podupadało odżywienie matek i to znacznie, jednak nie pociągało to za sobą żadnych stałych skutków u matek i w następnych ciążach przy prawidłowem pożywieniu przychodziły one zupełnie do siebie. Przy upośledzonem odżywianiu matek ciężar miotu był niższy, poszczególne płody były chudsze od prawidłowo otrzymanych. Odżywianie gorsze niema wpływu na skład nieorganicznych części kości płodów, również nie zauważono żadnego wpływu odżywiania na płeć i ilość płodów. Ciężar miotu jest stale niższy przy upośledzonem odżywieniu matek i to o 41 prc., ilość tłuszczu przy takiem żywieniu niższa o 61,9 prc. od prawidłowej. Liczby te dowodzą, że przy złem karmieniu matek cały miot gorzej się rozwija. Ilość azotu nie ulega zmianie. Ilość popiołów dowodzi, że nieorganiczna budowa kości nie zależy od rodzaju odżywiania. Płody matek źle odżywianych zawierają o 3,6 prc. więcej wody, natomiast o 2,1 prc. mniej tłuszczu. Przyroda dla zachowania gatunku zdaje się dbać o to, aby mimo upośledzenia odżywienia matek kościec właściwy płodów zachował tenże sam stosunek tak, że dalszy rozwój płodów odbywa się prawidłowo.

Dr. Stanisław Przybylski.

K. Knotz. **Przypadek podwójnego rozwoju części rodnych kobiecych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 9). U kobiety 27-letniej, zdrowej, która odbyła dwa porody prawidłowo, znalazł autor grubą przegrodę, dzielącą pochwę na dwie części. W obu znajdowały się części pochwowe, z tych prawa posiadała wręby około ujścia. Obie części pochwowe łączyły się w górze, tworząc trzon prawidłowej wielkości. Wprowadzone równocześnie przez oba ujścia zgłębniki wchodziły na 10 ctm., lecz nie stykały się ze sobą bezpośrednio, istniała więc również przegroda macicy. Podczas miesiączkowania wydobywała się krew z obu ujść zewnętrznych macicy.

Jaworowski.

F. Lichtenstein. **W sprawie rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej zapomocą promieni Röntgena.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 11). Gdy rozpoznanie ciąży zewnątrzmacicznej nie jest pewne, rozstrzygnąć może sprawę badanie promieniami Röntgena, jak o tem pouczają dwa przypadki, ogłoszone przez Sjögrena i autora. Zdaniem autora nie należy nigdy zaniedbać prześwietlania promieniami rentgenowskimi w tych przypadkach guzów śródbrzusznych, w których nie można klinicznie wyłączyć stanowczo ciąży zewnątrzmacicznej. Ponieważ przy ciąży takiej błony płodowe są bardzo cienkie i wód płodowych jest niewiele lub wcale ich niema, przeto obraz na płycie bywa zwykle bardzo wyraźny i części i położenie płodu widać bardzo dokładnie.

Jaworowski.

Rühl. **O przebiegu ciąży i porodu po poprzedniem cięciu cesarskiem pochwowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 11). W czterech przypadkach, w których autor wykonał cięcie cesarskie pochwowe, przebiegały następne ciąże i porody prawidłowo, w trzech nawet bardzo lekko. Na tej podstawie twierdzi autor, że cięcie cesarskie pochwowe nie wpływa niekorzystnie na dalsze ciąże i porody.

Jaworowski.

Doerfler. **Dalszy przypadek pubiotomii.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 10). Przypadek wykonanej przez siebie pubiotomii ogłasza D. dlatego, że wykonał ją jako lekarz praktyczny w domu prywatnym, w warunkach dla siebie niezbyt wygodnych. Operował sposobem Döderleina, następnie ukończył poród bardzo łatwo kleszczami. W 14 dni po operacyi wytworzył się zakrzep w żyle udowej lewej, który jednak nie wywołał złych następstw. Pacyentka chodzi obecnie zupełnie prawidłowo.

Jaworowski.

OKULISTYKA. Prof. Wicherkiewicz. **Uproszczony sposób operacyi garbca rogówkowego.** (*Postęp okul.* 1905, Nr. 12). W przypadkach silnie rozdętego garbiaka rogówki używa autor zazwyczaj sposobu operacyjnego, który sam podał przed 20 laty. Polega on na tem, że wkłuwa się przez ścianę garbiaka trzy długie kabłąkowate cienkie igły, nawleczone katgutem. Następnie, wyciąwszy po przed igłami owalny poziomy kawałek ściany garbiaka, wyjmuje się igły, przeciąga nitki i spaja niemi brzegi rany. W niektórych przypadkach, gdy ściana garbiaka jest cienka i łatwo może być katgutem przedartą, a także u dzieci lub wogóle u chorych niespokojnych, u których założenie szwów napotyka na trudności, sposób ten często nie daje się zastosować. W takich przypadkach używa prof. Wicherkiewicz od pewnego czasu nowego, uproszczonego przez siebie sposobu operowania: nakłuwa ścianę garbiaka igiełką Baumana, a gdy po odpłynięciu cieczy wodnej ściana garbiaka się zmarszczy, chwyta ją w środku szczypczykami i wycina zapomocą nożyczek Cooperowskich poziomo owalny kawałek. Rana, niezamknięta wcale szwami, goi się jednak zwykle gładko w kilku dniach pod opatrunkiem bezgnilnym. Operacya ta nawet u dzieci nie wymaga uśpienia i daje zupełnie dobre wyniki. Jeżeli ze ścianą garbiaka zrośnięta jest także błona soczewkowa, wtedy jest rzeczą konieczną przeprowadzenie igieł z katgutem według dawniejszej metody prof. Wicherkiewicza. I przy nowej metodzie, jeżeli brzegi rany nie przylegają do siebie dokładnie, trzeba niekiedy następowo spoić je szwem katgutowym.

K. W. Majewski.

Fejér L. **Przyczynki do obrazu chorobowego i histologii patologicznej** *tarsitis trachomatosa*. (*Archiv f. Augenheilk.* Tom LIII, 1905, Z. 3 i 4). Autor przedstawił w peszteńskiem Towarzystwie lekarskiem 28-letniego robotnika, u którego powstało znaczne zgrubienie, powiększenie i stwardnienie chrząstki powieki górnej oka lewego w następstwie ciężkiej jaglicy przewlekłej. Według Rachlmanna zajęcie chrząstki zdarza się w ¹/₈ przypadków jaglicy. Często kończy się na nacieku drobnokomórkowym i następowem zbliznowaceniu chrząstki. W tych atoli przypadkach, gdzie naciek zapalny obejmuje i przenika całą chrząstkę, oraz tkanki sąsiednie, następuje niejednokrotnie zwyrodnienie szkliste lub skrobiowate. Saemisch spostrzegał także zwyrodnienie tłuszczowe. Autor u swojego chorego wyciął kawałek zwyrodniałej chrząstki, w którym nie stwierdził skrobiawicy, natomiast zwyrodnienie szkliste. Za tym rodzajem zwyrodnienia przemawiała obecność niezliczonych naczyń o świetle zupełnie zarośniętem, otoczonych bezpostaciową warstwą masy szklistej, silnie światło załamującej. Autor utożsamia tę zmianę chrząstki z całkowitem jej obumarciem, za czem przemawiało także i to, że podczas operacyi cięcia w chrząstce wcale nie krwawiły, a chory nie doznawał żadnego bolu.

K. W. Majewski.

Prof. Laqueur. **Kawałki szkła jako ciała obce w soczewce.** (*Archiv f. Augenh.* Tom LIII, 1905, Z. 2). Z wyjątkiem jednego spostrzeżenia, które przytacza Praun w swem dziele „O zranieniach oka“, nie znalazł autor w piśmiennictwie ani jednego przypadku, gdzieby stwierdzono usadowienie się odprysku szkła w samejże soczewce. Przy częstych zranieniach oka szkłem zdarza się zazwyczaj, że odprysk albo się zatrzymuje w twardówce lub w rogówce, albo jeśli wnika z większą siłą w głąb, wtedy przebija nawskróś soczewkę, a następnie tylną ścianę gałki ocznej, jeśli w niej nie utkwi. Znajdowano też kawałeczki szkła w przedniej komorze, lub też w tęczówce. Na wiele tysięcy chorych ocznych spostrzegał L. tylko dwa razy odprysk szkła, uwięzły w korze przeźroczystej zresztą soczewki. W pierwszym przypadku po kilku

latach powstała zaćma, w drugim przez kilkumiesięczny czas spostrzegania soczewka nie straciła przeźroczystości. Autor przypuszcza jednak, że i tu z czasem rozwinie się zaćma, nie należy bowiem uważać szkła za ciało chemicznie obojętne. Zawarty w szkle krzemian sodowy rozpuszcza się w sokach tkanki soczewkowej, czemu sprzyja ciepłota ciała. Dzieje się to bardzo powoli, z biegiem czasu jednak rozpuszczony krzemian sodowy przenika utkanie soczewki w sąsiedztwie ciała obcego i wywołuje w niem zmiany chorobowe, wiodące ostatecznie do częściowej lub zupełnej zaćmy.

K. W. Majewski.

Trantas. **Nieżyt wiosenny w Turcyi.** (*Archives d'opht.* 1905, Nr. 12). Nieżyt wiosenny, inaczej wiosenne zapalenie rąbka spojówkowego (*catarrhus vernalis*, *phlyctaena pallida*) jest znanem i dobrze określonem, choć rzadkiem cierpieniem oczu. Głównymi jego objawami są: zgrubienie spojówki powiekowej, przypominające skórę krokodylową i pokryte sinawym nalotem, podobnym do cienkiej warstewki mleka; różowe lub żółtawe wyrośle na brzegu rogówki; świąd i światłowstręt; wzmaganie się objawów w porze wiosennej i letniej, a zmniejszanie się lub zupełne ustępowanie w czasie pory deszczowej i w zimie. Cierpienie powraca zwykle co wiosna przez szereg lat. Nie wszędzie choroba ta jest równie częsta. W Holandyi, Anglii, Rosyi i w Ameryce północnej nie pojawia się prawie wcale. Częstszą jest w Niemczech, Austryi, Turcyi, Szwajcaryi i we Włoszech. Na podstawie statystyki, obejmującej 12.500 chorych ocznych greckiego szpitala w Konstantynopolu, oraz swej klienteli prywatnej, dochodzi autor do wniosku, że nieżyt wiosenny nigdzie nie zdarza się tak często, jak w Turcyi. W tej liczbie chorych znalazł 92 przypadki nieżytu wiosennego, co odpowiada 0·736 prc. Autor zauważył pewien nieopisany dotąd przedmiotowy objaw tego zapalenia. W większości przypadków zauważył on mianowicie pod powierzchnią wyrośli, okalających rogówkę, małe punkciki białe. Badanie mikroskopowe stwierdziło, że są to ogniska zwyrodniałego nabłonka, przedstawiające drobne bryłki bezpostaciowej masy. Niekiedy z tych ognisk zwyrodnienia tworzą się drobniutkie torbielki. Autor uważa zmianę tę za znamienny objaw nieżytu wiosennego.

K. W. Majewski.

Paul. **Przypadek przerzutowego raka gruczołowatego ciała rzęskowego.** (*Archiv für Augenh.* T. LIII, 1905, Z. 1). U 66-letniego introligatora, który zgłosił się do wrocławskiej kliniki okulistycznej z powodu bólów w oku prawem i znacznego osłabienia wzroku, znaleziono guz, wypełniający $^1/_3$ wewnętrznej przedniej komory i obrastający tęczówkę. Dalszy ciąg guza widać było poza źrenicą w tylnej komorze i w okolicy ciała rzęskowego. Na powierzchni nowotworu widoczne były liczne wybroczyny. Zresztą przedstawiało oko obraz jaskry następowej. Chory od pewnego czasu zaczął podupadać na siłach, wychudł i zmizerniał, miewał krwawe wymioty i krwawe stolce; należało przypuszczać raka żołądka. Gałkę oczną wyłuszczono. Badanie mikroskopowe wykryło, że nowotwór, wychodzący z ciała rzęskowego, był rakiem gruczołowatym, w znacznej części obumarłym, oczywiście przerzutowym. W kilka miesięcy później chory zmarł, a przy sekcyi znaleziono raka żołądka. Nowotwór oka składał się z cewek nabłonkowych, podobnych do utkania gruczołowatych raków przewodu pokarmowego. W piśmiennictwie ogłoszono dotąd 52 przypadków raka przerzutowego ciała rzęskowego. Jest rzeczą godną uwagi, że w tej liczbie 13 razy powstały przerzuty w obu oczach.

K. W. Majewski.

Lauber. **O obwodowych wydęciach rogówki.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenhk.* T. 43, Nr. 3, 1905). W wiedeńskiej klinice okulistycznej spostrzegano trzy przypadki obwodowych wypukleń rogówki, wszystkie u osób starych. Powstania ich nie można było przypisać ścieńczeniu wiotkiej blizny po przybrzeżnych wrzodach nieżytowych, bo chorzy ci wrzodów takich nie przebywali. Autor przypuszcza jednak jakąś przewlekłą sprawę zapalną, za czem przemawiały bliznowate zaćmienia, otaczające ograniczoną, przeźroczystą część wydętą, a także obecność naczyń, dochodzących do wypuklenia. Może i zmiany starcze mają pewne znaczenie. Zmiana, zajmująca we wszystkich trzech przypadkach górną przybrzeżną część rogówki, wywołała znaczny stopień nieregularnej niezborności.

K. W. Majewski.

Stoewer. **Nowy sposób operowania stożka rogówkowego.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenhk.* T. 43, 1905, Nr. 4). Wychodząc z założenia, że stożek rogówkowy powstaje wskutek rzeczywistego schorzenia środkowej części rogówki, wykonał autor w jednym przypadku operacyę w sposób następujący: Wązkim nożykiem okroił sam szczyt stożka, aby odpreparować wierzchnią warstwę rogówki, przyczem nie obeszło się jednak bez przedziurawienia bardzo ścieńczałego środka rogówki. Wskutek tego powstał ubytek okrągły, o średnicy 4 mm., który pokryto spojówką gałkową, przeciągniętą od strony nosa, z zachowaniem dwóch wązkich szypułek. Po pięciu tygodniach szypułki te przecięto, a po kilku miesiącach krzywizna rogówki zbliżona już była do prawidłowej, miejsce zaś szczytu dawnego stożka zajmowała szarawa okrągła plamka 3 mm. średnicy. Bystrość wzroku, która przed operacyą wynosiła $^4/_{50}$, podniosła się do $^5/_{20}$. W wyciętym kawałku rogówki stwierdził autor drobnowidowo przemianę łącznotkankową, małe torbielkowate jamki w warstwie nabłonkowej, ograniczone przedziurawieniem błony Bowmana i porozszerzane przestwory limfatyczne.

K. W. Majewski.

Falta. **Rad w leczeniu jaglicy.** (*Wiener med. Wochs.* 1905, Nr. 31). Autor podaje opis dwóch przypadków ciężkiej jaglicy i jednego przypadku mieszkowego zapalenia spojówki (*conjunctivitis follicularis*), w których poddał chorą spojówkę łagodnemu miesieniu zapomocą zaokrąglonego końca rurki szklanej, zawierającej 1 mg. bromku radu. Obok tego miesienia stosował F. naświetlania poszczególnych ziarn sposobem Cohna przez 1 do 2 minut. Z porównania tych dwóch sposobów okazało się, że miesienie ma conajmniej tęsamą wartość, co naświetlanie, a prócz tego posiada i tę jeszcze zaletę, że odrazu można je zastosować na większą część, lub nawet na całą spojówkę obu powiek. Przy tem leczeniu znikały nietylko ziarna, ale ustępowało także rozlane nacieczenie jaglicze. W jednym przypadku przekonał się autor o korzystnym wpływie miesienia rurką, rad zawierającą, nietylko na stan spojówki, ale także na łuszczkę, która pokrywała rogówkę. (Szkoda, że autor nie porównał miesienia z radem z miesieniem bez radu, wiadomo bowiem, że samo miesienie korzystnie wpływa na przebieg jaglicy. *Przyp. spraw.*). W jednym przypadku wszystkie posiedzenia razem trwały 162 minut, przyczem nie brano względu na gałkę oczną, która była przez jaglicę prawie zniszczona. W pierwszym przypadku z obawy powikłań rogówkowych przerwano naświetlania pomimo poprawy stanu spojówek, gdy cały czas ich trwania doszedł do 78 minut. *Conj. follicularis* ustąpiła po ośmiu naświetleniach trzyminutowych.

K. W. Majewski.

Hymmen. **Przyczynek do onkologii spojówki powiekowej.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* T. 43, 1905, Nr. 4). Autor podaje opis dwóch przypadków: 1) U 41-letniej chorej wyciął z powierzchni chrząstkowej spojówki dolnej powieki mały, uszypułowany i przypłaszczony guzek, barwy ciemno-czerwonej, sięgający w obręb szpary powiekowej. Badanie mikroskopowe stwierdziło naczyniaka limfatycznego jamistego. 2) U 80-letniej staruszki, u której już przed dwoma laty usunięto z wewnętrznej powierzchni górnej powieki mały, łatwo krwawiący guzek, nastąpił nawrót. Spojówka chrząstkowa pokryta pięcioma płaskiemi wyniosłościami, zajmującemi razem przestrzeń 14 mm. × 6 mm., a wystającemi na 2 mm. Za lada dotknięciem krwawienie. Wydzielina śluzowo-ropna, rogówka pokryta błoną naczyniową. Guzki wycięto wraz z całą chrząstką powiekową. Drugiego nawrotu nie było. Badanie mikroskopowe stwierdziło utkanie barwikowego mięsaka okrągło-komórkowego, który rozrastał się pod błoną śluzową i był bardzo silnie unaczyniony. Wśród tkanki nowotworowej były liczne przestwory torbielkowato. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na nader rzadką siedzibę mięsaka.

K. W. Majewski.

Gillivray. **Znaczenie ciepłoty rogówki, oraz mrugania powiek dla przebiegu zapalnych spraw rogówki.** (*The ophthalmoscope* 1905, Nr. 7). Rogówka posiada ciepłotę mniejwięcej o 10° niższą od ciepłoty ciała. Tej stosunkowo niskiej ciepłocie przypisuje autor pewne działanie ochronne przeciw rozwojowi chorobotwórczych mikrobów, które rozwijają się najlepiej w ciepłocie ciała. Rozrostowi drobnoustrojów przeciwdziała również, zdaniem autora, w sposób czysto mechaniczny mruganie powiek. Opaska, wyłączająca ruchy powiek, a zarazem działająca rozgrzewająco, znosi wymienione korzyści, dlatego należy ją stosować w cierpieniach rogówki jak najoględniej, a światłowstręt i inne przykre dolegliwości, występujące przy zapaleniach rogówki, należy zwalczać zapomocą atropiny i częstego stosowania maści kokainowej.

K. W. Majewski.

Doc. Zielenkowski. **Zastosowanie promieni Becquerela do leczenia chorób ocznych, mianowicie jaglicy.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 7—9). Z piśmiennictwa, dotyczącego zastosowania radu do leczenia chorób, wysnuwa autor następujące wnioski: 1) Promienie Becquerela mają niszczący wpływ na komórki tkanek różnych typów; tkanki: łączna, sprężysta i mięsna ulegają zmianie tylko przy dłuższem działaniu promieni; 2) jak w państwie zwierzęcem, tak i w państwie roślinnem promienie te oddziaływają najsilniej w czasie wzrastania ustrojów; 3) najsilniej oddziaływają promienie Becquerela na komórki nowotworów w czasie ich rozmnażania się; 4) zmiany w nabłonku przy oddziaływaniu na prawidłową skórę są słabo wyrażone i występują tylko przy dłuższem działaniu; 5) błona śluzowa i otrzewna są szczególnie odporne na działanie promieni Becquerela; 6) promienie Becquerela

mają szczególnie silny, szybki i niszczący wpływ na tkanki i narządy limfatyczne; 7) działanie promieni Becquerela na komórki polega na wywoływaniu zmian w chromatynie jądra, albo na rozkładzie ważnej części ciała komórki — lecytyny; 8) promienie Becquerela zabijają bakterye, oddziaływając na ciała bakteryi, nie zaś na podłoże odżywcze; 9) promienie Becquerela bardzo mało lub nawet wcale nie wywierają wpływu na toksyny, enzymy i działają niszcząco na krew. — Dalej znajdują się w piśmiennictwie wzmianki, że promienie Becquerela mają szkodliwy wpływ na oko, a mianowicie: rad wywołuje zapalenie rogówki, tęczówki i siatkówki, a nawet ropne zapalenie całej jagodówki. Zielenkowski twierdzi, iż objawy tych chorób mogą być wywołane tylko wielką ilością (30—100 mlg.) radu i dłuższem działaniem (3—6 godzin); o wpływie małych dawek radu i ich działaniu w przeciągu krótkiego czasu w piśmiennictwie niema żadnych wzmianek. Co się tyczy używania promieni Becquerela przy leczeniu chorób ocznych, to zdania się rozchodzą: Cohn, Darier, Talt i Zielenkowski przyznają korzystny wpływ promieni — Uhthoff, da Gama, Pinto, Herman i Birch-Hirschfeld nie uznają go. W drugiej części pracy autor przytacza wyniki swoich doświadczeń i wyniki leczenia jaglicy, zwłaszcza w pierwszym jej okresie ziarninowym. Autor używał w szklanej rurce, mającej 2 mlm. średnicy i 11 mlm. długości, przy grubości szkła 0,2—0,3 mlm., 10 mlg. bromku radu, stosując go w następujący sposób: Odwróciwszy powiekę, dotykał spojówki w ciągu 5—10 minut, nie robiąc miesienia, ale ciągle pociągając z jednej strony w drugą; drugą zaś powieką niewywróconą ochraniał równocześnie od działania radu gałkę oczną. Pod wpływem promieni już po 2—3 posiedzeniach ziarna jaglicze spłaszczyły się i jakby topniały, nabłonek przytem pozostawał nietknięty; w ciągu następnych posiedzeń zmniejszała się ilość ziarn. Z powodu zbiorowego działania radu powtarzał autor posiedzenia nie częściej, niż co 2—3 dni. Po zniknięciu wszystkich ziarn zastosowywał Z. jeszcze od 2 do 3 razy promienie radu, a potem zaczynał leczyć nieżyt spojówki zwyczajnym sposobem, t. j. przy pomocy azotanu srebrowego, siarczanu miedziowego lub cynkowego i t. d. Na każde oko promienie radu działały od 15—20 i do 100 minut, a w jednym przypadku 180 minut. Blizny nigdy nie powstawały; czasem zjawiało się niewielkie przekrwienie spojówki; samo zaś oko nie ulegało żadnym zmianom. Takim sposobem autor leczył 25 chorych (44 oczu); niektóre przypadki autor leczył po skończonem leczeniu od 2 tygodni do 7 miesięcy: nawrotu nie spostrzegał. Autor ostrzega, aby nie stosować promieni Becquerela wprost na oko, gdyż można się spodziewać szkodliwego wpływu na rogówkę i głębsze części oka, mianowicie na siatkówkę. Zmian takich nie można rozpoznać przy klinicznem badaniu, tylko przy drobnowidowem. Z. sądzi, że promienie Becquerela w odpowiednich przypadkach jaglicy będą bardzo pożytecznym środkiem *Karol Karnicki* (Ptbg.).

A. Kraemer. **O wrodzonej pigmentacyi rogówki.** (*Centralbl. f. Augenheilk.* 1906, luty). Steiner opisując w październiku r. z. wrodzoną pigmentacyę rogówki mniema, iż ona u rasy białej należy do nadzwyczajnych rzadkości. Taki właśnie przypadek u białego opisuje autor. Plamka leżała obwodowo w powierzchownych warstwach rogówki i była od brzegu rogówki oddzielona przejrzystym paskiem. *Dr. Liebermann.*

HIGIENA. Windisch. **Przyczynek do znajomości mleka bawolego.** (*Zeitschr. f. Unters. d. Nahrg. u. Genussmittel.* 1904, str. 273). Bawoły, hodowane jako bydło mleczne we Włoszech i w Siedmiogrodzie dają według Baintnera i Ujhelego mleko, wybitnie różniące się od mleka zwierząt, z których zazwyczaj używa się mleka. W. badał na Węgrzech w lipcu i sierpniu r. 1902 mleko 3 krów bawolich w wieku 3, 6 i 12 lat, żywionych na pastwisku. Sucha pozostałość mleka tego wynosiła w mleku rannem średnio (na 42 prób) 20,12 prc., wieczornem 18,83 prc., ilość tłuszczu w rannem średnio 9,34 prc., w wieczornem 7,87 prc., ilość popiołu w rannem 0,775 prc., w wieczornem 0,831, średni ciężar właściwy przy 17° C. wynosił 1,03105 w mleku rannem, 1,03265 w wieczornem, a średnio 1,0319 w serwatce z mleka rannego, 1,0325 z mleka wieczornego. [Zestawiając te liczby z odsetkową ilością białka i cukru, znalezioną przez Baintnera w mleku bawolem i wybitną mlecznością krów bawolich (w porównaniu z mlecznością naszych krów), należałoby życzyć sobie ze względu na zaopatrzenie kraju, w tani zwierzęcy środek spożywczy, by chów bawołów rozwinął się więcej, a zarazem godziłoby się zastanowić, czy i w naszym kraju, przynajmniej w niektórych jego okolicach, nie dałby się chów ten zaprowadzić. *Przyp. sprawozd.].* *L. Bier.*

Brohm. **Wpływ ozonu na mąkę pszenną i jej zdolność do tworzenia pieczywa.** (*Zeitschr. f. Unters. d. Nahr. u. Genussmittel,* 1904, Tom 8, str. 669). W ostatnim czasie podają w Ameryce i Anglii sposoby bielenia mąk zapomocą ozonu. Z doświadczeń B. w tym celu podjętych wynika, że takie bielenie mąk można osiągnąć, poddając mąkę działaniu powietrza ozonizowanego w ciągu kilku godzin, zbielenie to nie udaje się jednak w ciemnych gatunkach mąki, zawierających wiele cellulozy. Zdolność tworzenia pieczywa w mąkach ozonizowanych spada znacznie w miarę długości ozonizacyi, a otrzymane z mąk ozonizowanych pieczywo wskutek zmian glutenu zachowuje wiele wody, jest cięższe, zapadnięte, ośródka zaś mało i niejednostajnie porowata, papkowata. Smak takiego pieczywa jest gorzki, a przy dłuższej (5-godzinnej) ozonizacyi wstrętny. *L. Bier.*

Ottolenghi. **Jak stwierdzić w chlebie dodatek mąki kukurydzanej.** (*Zeitschr. f. Unters. d. Nahr. u. Genussmittel,* 1904, Tom 8, str. 189). Zdaniem autora (niezgodnem z doświadczeniem sprawozdawcy) nie daje badanie mikroskopowe dostatecznych podstaw do stwierdzenia domieszki mąki kukurydzanej w chlebie. Nie udało się również autorowi wytworzyć swoistej surowicy u królików, którym wstrzykiwał wyciąg wodny z chleba, zawierającego mąkę kukurydzaną, a jaką uzyskuje się, wstrzykując wyciąg wodny z niewypieczonej mąki. Natomiast stwierdził O. w chlebie, zawierającym choćby tylko 10 prc. mąki kukurydzanej, maizynę, nowe ciało białkowate, znalezione najpierw przez Donarda i Labbé. Sposób otrzymywania i odczyn maizyny polega w zasadzie na wytrawieniu ośrodki chleba 3 prc. rozczynem ługu potasowego i rozpuszczeniu osadu, otrzymanego po odparowaniu, gorącym wyskokiem amylowym, który w razie obecności maizyny przesączony po oziębieniu mętnieje, szczególnie za dodaniem 3 prc. benzolu. *L. Bier.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 4 kwietnia 1906.

Obecnych członków 27; przewodniczy k. prym. Borzęcki. Protokół z poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

K. Surzycki w dłuższym wykładzie streszcza pracę swą **o artrytyzmie (dnie),** podając wiele ciekawych szczegółów, dotyczących wpływu klimatu, rasy, dziedziczności, wieku na ilość dzienną wydzielanego kwasu moczowego, następnie omawia, o ile i w jakim stopniu poszczególne pokarmy, zwłaszcza białkowe, zwiększają ilość kwasu moczowego, w końcu ocenia ze stanowiska krytycznego wartość polecanych w dnie nowych leków, dyety, kąpieli. (Rzecz ukaże się niebawem w druku).

Dyskusya: K. Herman Hirsch wspomina o doświadczeniach Minkowskiego i Kossla, które tłomaczyć mogą rozpuszczalność kwasu moczowego w prawidłowym ustroju i łatwość tworzenia się strątów w ustroju, dotkniętym skazą moczanową. Kwas moczowy rozpuszcza się w stosunku 1: 16.000 wody, w ustroju ludzkim musi więc być substancya, która ułatwia rozpuszczalność tegoż kwasu. Uwzględniając rozpad kwasu nukleinowego na kwas tyminowy i na zasady purynowe, z których powstaje w dalszym ciągu kwas moczowy, nadto, że kwas moczowy z kwasem tyminowym tworzy połączenia, z których kwasu moczowego strącić już nie można, przyjąć trzeba, że kwas tyminowy jest ową substancyą, ułatwiającą rozpuszczalność kwasu moczowego. W prawidłowym ustroju kwas moczowy powstaje przez utlenienie z zasad purynowych, względnie z kwasu nukleinowego, a przez rozpad tegoż powstaje i kwas tyminowy, który wytworzony kwas moczowy utrzymuje w rozpuszczeniu; w ustroju zaś dotkniętym skazą moczanową obok kwasu moczowego, powstałego drogą utlenienia z zasad purynowych (względnie z pokarmów nukleinę zawierających) powstaje kwas moczowy także drogą syntetyczną z innych substancyi, aniżeli z nukleinów, przyczem nie tworzy się w równej ilości kwas tyminowy, który by mógł ułatwiać rozpuszczalność kwasu moczowego. Jeżeli więc do takiego ustroju, tworzącego syntetycznie kwas moczowy, wprowadzimy odpowiednią ilość kwasu tyminowego, możemy go uchronić od tworzenia się strątów. Tak teoretycznie rozumował Minkowski, a obecnie ogłoszono wyniki praktycznego zastosowania kwasu tyminowego (w handlu pod nazwą »solurol«) w skazie moczanowej, które do dalszych badań zachęcają. Nadto wskazuje k. Hirsch, że skazę moczanową, jako zmianę ustrojową, za mało się uwzględnia przy ocenianiu indywidualności chorego, a przecież daje ona powód do wielu cierpień następowych.

K. Doc. Seńkowski zwraca uwagę na prace Buriana, tyczące się powstawania i rozkładu istot purynowych. W przeciwieństwie do Horbaczewskiego nie uważa Burian leukocytów

za jedyne źródło istot purynowych, ponieważ odpowiednio do ilości wydzielanego kwasu moczowego musiałyby ogromne masy leukocytów ulegać w ustroju rozpadowi. Za jedno z najważniejszych źródeł istot purynowych uważa B. mięśnie (ewentualnie pochodzącą z nich karninę). Rozkład nukleoalbumin i wydzielanie się zasad purynowych odbywa się skutkiem działania swoistych enzymów, t. zw. nukleaz. Zasady purynowe znów zapomocą enzymów, zwanych purynazami, utleniają się na kwas moczowy, a innego rodzaju enzymy — oksydazy, któreby nazwać trzeba ureazami, — są w stanie kwas moczowy dalej rozłożyć. — Kwas moczowy w ustroju pochodzi z dwóch źródeł: jedno, to tkanki ustroju, o których wyżej wspomniano, — z nich pochodzi kwas moczowy endogeniczny; — drugie, to substancye nukleinowe z pożywienia, a z nich bierze początek kwas moczowy egzogeniczny.

Prof. Korczyński zaznacza, że przy omawianiu dny nasuwa się cały szereg pytań, ciekawych tak ze stanowiska ogólno-patologicznego, jakoteż ściśle klinicznego. Jako rzecz zasadniczą podnosi, że kwasu moczowego, wydzielającego się w obfitszej ilości, nie można uważać za przyczynę choroby, ale raczej za jeden z jej objawów; — przyczyna tkwi w głębszych ogólnych zboczeniach stanu i czynności tkanek. Obfitsze wydzielanie się kwasu moczowego zależeć może albo od znaczniejszego rozpadu komórek, zamożnych w nukleoproteidowe ciała, albo też od niewydolności ustroju, która sprawia, że kwas moczowy nie spala się dalej w tym stopniu, co w ustroju zdrowym. — Pod względem klinicznym zwraca uwagę na częste pojawianie się przewlekłej dny u osób, które przebywały lub przebywają gruźlicę o przebiegu łagodnym ze skłonnością do wytwarzania się tkanki włóknistej (*phthisis fibrosa*), względnie do zupełnego zabliźniania się ognisk gruźliczych. — Z pośród związków chemicznych nieorganicznych, którym przypisujemy wpływ korzystny na wydalanie złogów kwasu moczowego, wyróżnia K. sole wapniowe. Po podaniu węglanu wapniowego stwierdzał niejednokrotnie dobre wyniki nawet u takich chorych, u których istniało bardzo znaczne upośledzenie ruchów w pewnych stawach.

Sekretarz: *Wilczyński*

Posiedzenie w dniu 25 kwietnia 1906 r.

Obecnych członków 26. Przewodniczy kol. doc. Rutkowski. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto. Kol. Zanietowski wygłasza rzecz: »O wyniku swoich prac w stosunku do najnowszych badań i zdobyczy elektrobiologii«. (Rzecz w całości ukaże się niebawem w druku). Dyskusyi żadnej nie było.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

V. Posiedzenie naukowe z d. 16 marca 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych członków 58.

I. Kol. Prezes odczytuje nazwiska nowych członków Towarzystwa, którymi są koll.: Henryk Rump, lekarz sztabowy, Leopold Szyjkowski, lekarz sztabowy; Ludwik Daum; Emanuel Gröbel.

II. Przyjęto protokoły z posiedzeń naukowych z dnia 2 i 9 b. m.

III. Kol. Bocheński przedstawił dwie chore ze znacznem **zwężeniem pochwy** po porodzie, które zgłosiły się do kliniki, skarżąc się na niemożność spółkowania. U jednej z nich kanał pochwowy miał 2 mm. średnicy, u drugiej istniały dwa przewody o średnicy 1 mm., podzielone mostkiem. W celu przywrócenia drożności pochwy prelegent używał najpierw rozszerzadeł Hegara, później rozciągał napinające się po bokach blizny na tępo, lub nacinał je i zakładał stopniowo coraz większe krążki, tak, że wreszcie krążek Hodgego Nr. 9 swobodnie się utrzymywał. Ponieważ zaś po bokach, a więc w miejscach ucisku od krążka, proces zabliźniania się nie postępował, zastosowano podłużne kule Bozemanna, rozmieszczające ucisk równomiernie we wszystkich kierunkach. Prelegent niema jednak nadziei, ażeby uzyskany wynik był trwałym.

Dyskusya: Kol. doc. Bylicki przypomina, że Święcicki podał sposób leczenia nabytych zwężeń pochwy przez przeszczepianie kiszki kociej lub króliczej, których płaty umocowywał zapomocą blaszki staniolowej. Rościszewski zaś wszczepia rozdzieloną wargę małą. Kol. B. podnosi wartość tych sposobów ze względu na znaczenie zachowania warstwy nabłonkowej w kanale pochwowym. Wobec tego, że wynik, uzyskany przez kol. Bocheńskiego będzie niewątpliwie nietrwały, radzi B. w przedstawionych przypadkach zastosować wspomniane sposoby operacyjne.

IV. Kol. Grobel przedstawił rzadki przypadek, spostrzegany w lwowskiej klinice położniczo-ginekologicznej, w którym **sprawa zapalna po porodzie** szerzyła się **wzdłuż tkanki łącznej między szyją macicy, a pęcherzem** (*paracystium*) do *cavum praeperitoneale Retzii*. Nacięto powłoki i zastosowano aparat ssący Biera z pomyślnym wynikiem.

W dyskusyi przemawia kol. Obtułowicz.

V. Kol. Czyżewicz (jun.) wygłosił odczyt: **„O przeobrażeniach narządu płciowego kobiety w czasie ciąży i porodu“.** Prelegent omawia rozwój zmian części rodnych, a przedewszystkiem macicy podczas ciąży i porodu, objaśniając swój wykład szeregiem tablic, które przedstawiają schematy stanu w poszczególnych czasach, stwierdzanego podczas badania; dalej budowę macicy i układ jej mięśni. Następnie tłómaczy powstawanie zmian, biorąc za podstawę działanie bolów i elastyczność jaja płodowego. Według tego należałoby szukać przyczyny zmian w pierwszej połowie ciąży w rozroście macicy i zwiększeniu jej ciężaru przez rozrost mięśni i jaja płodowego. Ten rozrost, wspomagany przez nieznaczne bole, występujące przez cały czas trwania ciąży, wyjaśnia dalej stopniowo powstawanie dolnego odcinka macicy, rozwieranie się ujścia wewnętrznego przy końcu ciąży, skracanie się części pochwowej, i to z powodu nierównomiernego działania siły na ścianę przednią i tylną dolnego odcinka, skracanie się szybsze tylnej ściany części pochwowej, a wolniejsze ściany przedniej. — dalej wypuklanie się przedniej ściany dolnego odcinka i przedniego sklepienia pochwy, przesuwanie się ujścia zewnętrznego i wreszcie jego rozwieranie się. Mechanizm działania ucisku ze strony jaja płodowego przy końcu ciąży i bolów porodowych jest ten sam, różnice są tylko ilościowe, nie jakościowe. — To samo tłómaczenie przeobrażeń części rodnych da się także zastosować do mechanizmu poronienia i przedwczesnego porodu, choć w obu tych przypadkach przeobrażenia te nie są doprowadzone do ukończenia i stąd przebieg jest pozornie całkiem odmienny (*Streszczenie własne*).

Dyskusya: Kol. doc. Bylicki wita bardzo sympatycznie każdą myśl nową z dziedziny badania, wymagając przytem, aby badanie miało ścisłe cechy przyrodnicze. Niema zamiaru wdawać się w to, czy kol. Czyżewicz przestrzegał pilnie zasad przedmiotowego badania i czy jego wnioski są prawdziwe, lub nie, ale mu wykład ten daje pochop do podniesienia niektórych szczegółów mniej uwzględnionych. Zapatrywania na stosunki anatomiczne ciężarnego narządu płciowego zawdzięczamy w pierwszym rzędzie i jedynie przekrojom zamrożonych zwłok ciężarnych i rodzących. Jak wiadomo, już pierwsze przecięcie Braunego zupełnie obaliło nasze poprzednie teoretyczne zapatrywania, a potwierdziły i uzupełniły sprawę inne liczne przecięcia, m. i. jedno jedyne polskie prof. Marsa. Opierając się na nich, nie mógłby kol. B. zgodzić się na niektóre szczegóły przedstawionych przez prelegenta rysunków. Nie mógłby też twierdzić, aby macica ciężarna miała uciskać pęcherz. Wobec pracy Sielskiego o mechanizmie ciśnienia śródbrzusznego, mógłby kol. B. dopiero wówczas przypuścić wzmożony ucisk, gdyby napięte były powłoki brzuszne, a powierzchnia tychże w ciąży przecie się także znacznie wzmaga. — Że ciężarne znacznie więcej moczu wydzielają, jest rzeczą udowodnioną i tej okoliczności nie można pomijać. — Co się tyczy umięśnienia macicy, to rzecz wiadoma, że jakotako znane uwarstwienie odnosi się jedynie do cienkiej warstwy wewnętrznej i zewnętrznej: warstwa zaś średnia właściwa, najgrubsza, jest popłątaniem włókien i pętli, otaczających naczynia, nie do rozwikłania. Jedynie drogą anatomii porównawczej można przyjąć, że pomiędzy dwie warstwy, podłużną i okrężną przewodu Müllera, dostaje się ta potężna warstwa maciczna razem z naczyniami. Teorya zaś Keulera i Rugego co do oczek romboidalnych sieci mięśniowej nie tyle polega na bezpośredniem badaniu anatomicznem, ile na tem doświadczeniu, że na wyciętym kawałku ścian macicy, rozpiętym szpilkami, w czasie naprężenia, wywołanego prądem wody, zarysowują się listewki w postaci rombów. — Co do objawu hegarowskiego, to nie tyle ograniczone na dolny odcinek macicy ścieńczenie i rozpulchnienie ścian ma odgrywać główną rolę, ile ta okoliczność, że pod uciskiem palców dolny odcinek jaja cofa się ku górze, zwiększając tem samem sprężystość części macicy, ponad tem miejscem położonych. — Co do tego przypuszczenia, że mięśnie maciczne, aby nie zaniknąć, analogicznie z innymi mięśniami,

prawdopodobnie kurczą się i w macicy niecięzarnej, niekoniecznie ma ono odpowiadać rzeczywistości. Może ta sprawa nie da się odnieść do mięśni gładkich i może w inny sposób temu zapobiega natura. — Kolega prelegent nie uwzględnił też ważnej okoliczności, mianowicie zachowania się dna macicy. Wszak to ono bywa w ciąży bardzo znacznie rozciągane, czego dowodem uczepianie się części dodatkowych niekiedy blizko połowy krawędzi macicznych, co w czasie wykonywania cięcia cesarskiego tylokrotnie stwierdzono. — Dodał wreszcie kol. B., że najdokładniej wzajemne stosunki części płciowych do siebie i do płodu na podstawie preparatów anatomicznych traktują Pinard i Varnier (*Streszczenie własne*).

Zdaniem kol. prof. Marsa wypowiedział prelegent już to myśli znane, już też poglądy, oparte na niedostatecznych podstawach. Spostrzeżenia uzyskane zmysłem dotyku, zapomocą palca, podczas badania klinicznego, jak wiadomo są tak złudne, że nieporparte innymi ścisłymi sposobami badania nie mogą być żadną miarą podstawą do ścisłych naukowych wniosków. Podobnie także badanie anatomiczne macicy połogowej nie może być użyte do ocenienia budowy macicy i stosunku jej warstw do siebie, jaki był przed i podczas porodu. — Kol. M. nie może się zgodzić na niektóre zapatrywania, jak n. p., aby macica podczas ciąży kiedykolwiek dosięgała dnem przepony; podobnie nie może przyjąć za pewnik, aby podczas bolu porodowego wpływ działania warstw mięśniowych zewnętrznej i wewnętrznej się znosił, bo ten wpływ nietylko zależy od kierunku, w jakim one się kurczą, ale i od czasów, w których się kurczą. — Kol. prelegent nie uwzględnił pewnych ważnych zagadnień, n. p. czy niema znaczenia robaczkowe kurczenie się mięśni macicy, dalej nie dotknął sprawy tak ważnej, jak powstawanie i znaczenie pierścienia skurczowego. Niektóre poglądy wydają się sprzeczne, bo gdy podczas porodu przypisuje błonom płodowym, względnie poprzedzającej główce, wpływ rozszerzania dolnego odcinka i szyi macicy, to podczas poronienia mówi o samoistnem rozszerzaniu się szyi. — W temacie tak rozległym, w sprawie tak zawikłanej, chcąc budować hipotezy, podobnie, jak nie możemy się ograniczyć do badania klinicznego palcem i pominąć n. p. badanie przekrojów anatomicznych, tak też nie możemy tłómaczyć zjawisk n. p. rozszerzania się szyi macicy podczas porodu, jednostronnie zwykłemi prawami fizykalnemi, t. j. jedynie wpływem ciśnienia kurczącej się macicy. (*Streszczenie własne*).

Kol. doc. Sołowij nie uznaje samoistnego rozszerzania się ujścia podczas poronienia, podnosząc znaczenie ucisku, wywieranego przez jajo płodowe. Wrażenie, jakoby ucisku tego nie było, uważa za złudne, co stąd pochodzi, że badania dokonywa się podczas przerw między bolami.

Kol. Wątorek dzieli odczyt kol. Cz. na 2 części: pierwsza zawiera szereg faktów, dotyczących zachowania się macicy i pochwy w czasie ciąży i porodu, zdobytych badaniem klinicznem, — druga jest zbiorem hipotez. Co do faktów klinicznych, są one wielokrotnie stwierdzone, a podobny ich opis znajduje się w szerszych podręcznikach. Prócz tego atoli oparł kol. Cz. swe dalsze wywody na zbadaniu anatomicznem muskulatury jednego preparatu macicy połogowej, którą wyciął z powodu zmian rakowych w szyi. Wyniki jego badania anatomicznego muskulatury macicy na ogół zupełnie odpowiadają zapatrywaniom Rugego. Kol. W. powołuje się na swoje prace nad budową macicy połogowej, których prelegent nie uwzględnił, a gdzie mowca zbija między innemi zapatrywania Rugego. Kol. W. krytykuje wreszcie metodę badania, jaką posługiwał się prelegent w swej pracy, a więc metodę analityczną, podczas gdy przy rozwiązywaniu szerszych problemów w medycynie powinna mieć uzasadnienie jedynie metoda syntetyczna.

Kol. Czyżewicz jun. w odpowiedzi: *a*) kol. doc. Bylickiemu zwraca uwagę na charakterystyczny szczegół, że parcie na mocz występuje w początku ciąży i przy jej końcu t. j. wtedy, kiedy macica wciska się do miednicy małej, a prawie go niema w środku ciąży. Świadczy to o ucisku trzonu macicy na pęcherz. O zapatrywaniach na budowę macicy i o wszystkich sposobach badania dotąd znanych wspominał, nie mógł tylko mówić o nich szczegółowo, boby na to czasu nie starczyło. W swojem rozumowaniu opierał się na własnych preparatach. — Odżywieniu mięśni macicy śródmiąższowemu nie przeczy, ale sądzi, że wobec tego, iż wszystkie mięśnie ciała są w ciągłym ruchu, dla mięśni macicy nie mogą istnieć specyalne prawa i w braku skurczów musiałyby zaniknąć *ex inactivitate*. O rozciągnięciu ściany macicy, a więc i dna wspominał, sądzi tylko, że w dole ściana ta rozciąga się silniej, niż w dnie. Co do objawu Hegara, pozostaje przy swojem zdaniu, bo przy uciśnięciu n. p. w połowie części pochwowej objawu tego nie czuć, pomimo, że i wtedy usuwa się jajo ku górze. Trzeba na to specyalnie badać część, odpowiadającą ujściu wewnętrznemu.

b) Kol. Prof. Marsowi odpowiada, że za nowe uważa w swej pracy: 1) tłómaczenie całego mechanizmu przeobrażeń części miękkich naciskiem elastycznego jaja płodowego i działaniem bolów; 2) spostrzeżenie, że mięśnie trzonu macicy dochodzą aż do ujścia zewnętrznego i są do wykazania w szyi macicy; 3) zapatrywanie na mechanizm rozwierania się ujścia w ten sposób, w jaki go przedstawił; 4) zapatrywanie na przesuwanie się w ciągu trwania ciąży mięśni warstwy średniej i stąd inne ich działanie na początku ciąży, a inne na końcu; 5) zapatrywanie na powód poronienia urazowego i jego mechanizm. Stwierdza następnie, że na fotografiach przekrojów znalazł te same stosunki, które schematycznie odrysował, co potwierdza mu wyniki badań klinicznych. Tłómaczenie przeobrażeń na podstawie fizyki uważa za zupełnie dobre, bo tylko na podstawie prawideł fizyki mogą się wytworzyć w rozmaitych indywidualnych warunkach ubocznych jednakie, typowe przeobrażenia, jak to ma miejsce w rzeczywistości. Co do antagonizmu pewnych grup mięśni między sobą, zwraca uwagę, że mówił o tem, roztrząsając efekt skurczu całej macicy, a więc wszystkich mięśni równocześnie i że zresztą stwierdzono, iż ruchy robaczkowe macicy są znane tylko u zwierząt, ale u ludzi zawsze występuje odrazu skurcz całej macicy. Tłómaczenie przeobrażeń opiera zawsze na nacisku elastycznego jaja i bolach, tylko, że z powodu rozmaitego przesunięcia mięśni efekt działania tych sił jest przy poronieniu odmienny, jak przy porodzie. W przypadku pierwszym ujście rozwiera się czynnie, bo związek jego mięśni i mięśni trzonu jest dobrze utrzymany, a ujście bardzo mało rozszerzyć się ma w drugim, z powodu wyciągnięcia się mięśni ku górze uskutecznia akcyę napór części poprzedzającej. Wreszcie uważa za odpowiednie badanie macicy tuż po porodzie, bo daje ona te same obrazy, na jakich np. oparł Ruge swą ogólnie przyjętą teoryę o układzie mięśni macicy podczas ciąży.

c) W odpowiedzi kol. doc. Sołowijowi podtrzymuje swoje twierdzenie, dając za przykład, że podczas poronienia rozwiera się czasem ujście zewnętrzne u pierwiastek pomimo utrzymanego kanału szyi oraz jaja jeszcze powyżej ujścia wewnętrznego, lub, że ujścia oba pozostają szeroko rozwarte przy resztkach po poronieniu, gdzie nic na nie nie ciśnie.

d) Wreszcie kol. Wątorkowi przyznaje, że nie znał jego zapatrywań na budowę mięśni macicy, że więc wcale nie wyłącza możliwości pogodzenia tych zapatrywań ze swojemi.

W końcu przemawiali jeszcze kol. Prof. Czyżewicz (*sen.*) i kol. Prof. Mars. Sekretarz: *W. Ziembicki.*

VI. posiedzenie naukowe z dn. 30 marca 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych 72 członków.

I. Przewodniczący odczytuje nazwiska nowych członków, którymi są kol. E. Damański, J. Graf, Z. Szczepański.

II. Kol. M. Selzer przedstawia historyę choroby kobiety 70-letniej, która zgłosiła się do szpitala z napadami drgawek Jacksona. Napady przeszły z czasem w **status hemiepilepticus**; chora wkrótce zmarła z rozpoznaniem guza mózgu. Przy sekcyi wykazano w mózgu tylko przewlekłe wodogłowie i zanik; prelegent przyjmuje wobec tego w tym przypadku t. zw. *status hemiepilepticus idiopathicus*, a więc stan, odpowiadający zwykłej padaczce, z tą różnicą, że drgawki ograniczają się do jednej połowy ciała.

Dyskusya. Kol. I. Feuerstein przypomina, że w ostatnich latach mnożą się w piśmiennictwie notatki, dowodzące podobnych pomyłek w rozpoznaniu guza mózgu, jak w przypadku, opisanym przez kol. Selzera. Dlatego też w przypadkach padaczki jacksonowskiej o guzach mózgu należy myśleć dopiero na ostatniem miejscu. Co się jednak tyczy t. zw. *status hemiepilepticus idiopathicus*, to przypadki, znane kol. Feuersteinowi tak z piśmiennictwa, jak z własnego doświadczenia, odznaczały się tem, że chorzy byli wieku młodego. Szczegół, że chora, opisana przez prelegenta, liczyła lat 70, czyni rozpoznanie wątpliwem.

Kol. prof. Gluziński nie zgadza się na przymiotnik *idiopathicus* w przypadku niniejszym. Podobnie bowiem, jak u dzieci 14—16 letnich, które jednak przebyły pierwotnie wodogłowie, mogą występować objawy padaczki jacksonowskiej napozór samoistnej, tak znowu w wieku około lat 70 objawy takie nie są zbyt rzadkie, ale wiemy, że i tu sekcya częstokroć stwierdza wodogłowie (*hydroc. e. vacuo*). Obok tego zmiany zanikowe, jakoteż zmiany miażdżycowe, choćby nieznaczne, nie mogą być

lekceważone. Do przypadków podobnych zastosowałby prof. G. przymiotnik »starczy« (*senilis*).

Kol. I. Feuerstein zgadza się w zupełności na rozstrzygający wpływ wieku i na użycie w takich razach określenia »starczy«.

Przemawiają jeszcze kol. Herman i prelegent.

III. Kol. W. Ziembicki mówił następnie o **postępach w klinicznem badaniu moczu**, ze szczególniejszem zwróceniem uwagi na cukier i ciała acetonowe, przyczem przedstawił szereg odczynów i przyrządów. Prelegent zaznaczył praktyczną wartość odczynnika Hainesa, rozpowszechnionego oddawna w Ameryce, z którego pomocą szybko i pewnie możemy przekonać się o obecności cukru w moczu. Sposób ten przewyższa próbę Trommera, z którą ma to podobieństwo, że polega na własności cukru redukowania soli miedziowych w zasadowym rozczynie. Skład odczynnika Hainesa jest następujący: Siarkanu miedziowego 2 gr., wody przekroplonej i gliceryny po 15 gr., 5 prc. ługu potasowego 150 gr. Parę cm^3 tego płynu zagotowujemy w probówce, poczem dodajemy kroplami badanego moczu, gotując dalej. Większa ilość cukru wywołuje szybko strąt czerwony. Mała ilość wymaga gotowania dłuższego (do dwóch minut) i dodania około 10 kropli moczu. $^1/_4$ % cukru wykrywa się z łatwością.

Następnie zdał prelegent sprawę z doświadczeń swych, przeprowadzonych w klinice lekarskiej lwowskiej z próbą orcynową Neumanna, której przyznaje wielką wartość w odróżnianiu poszczególnych gatunków cukru w moczu. Przekonał się, że w tej samej porcyi moczu można stwierdzić równoczesną obecność cukru gronowego i owocowego na tej podstawie, że pod wpływem orcyny powstaje w miarę gotowania najpierw żółte zabarwienie, pochodzące od cukru owocowego (i to bez względu na jego ilość), a znacznie później dopiero czerwone zabarwienie od cukru gronowego. Zdaniem kol. Z. ma dalej odczyn ten znaczenie kliniczne z tego względu, że zyskaliśmy w nim sposób sprawdzania niepewnego odczynu Seliwanoffa na lewulozę. Odczyn orcynowy wykonywa się w myśl przepisu Neumanna, jak następuje: do szerokiej probówki wlewamy około $^1/_2$ cm^3 badanego płynu (moczu), nadto 5 cm^3 kwasu octowego lodowatego, kilka kropli 5 prc. wyskokowego rozczynu orcyny, poczem gotujemy, dodając kroplami ostrożnie kwasu siarkowego stężonego. Nie zadowalając się powstaniem odpowiedniej barwy (czerwonej dla dekstrozy, żółto-brunatnej dla lewulozy), możemy zapomocą kieszonkowego spektroskopu badać właściwe dla każdego z tych ciał smugi.

Prelegent okazał następnie oba najnowsze sacharometry, a mianowicie dawniejszy duży model przyrządu Lohnsteina i niedawno opisany przyrząd Wagnera, przyznając większą wartość praktyczną temu drugiemu, gdyż nie wymaga on tak mozolnego oczyszczania, jak tamten, a zbudowany do wieszania na ścianie, może być wygodnie umieszczony w sąsiedztwie pieca.

Prelegent stwierdza następnie wartość ilościowego oznaczania cukru sposobem Pavyego, zmodyfikowanym przez Sahliego (obacz *Deutsche med. Woch.* 1905, Nr 36, jakoteż referaty w *Przeglądzie lekarskim*). W końcu omawia prelegent potrzebę metod, zmierzających do wykrywania w moczu t. zw. ciał acetonowych, zwłaszcza kwasu acetooctowego. Ze sposobów, podanych do wykrycia tego ciała, za najdokładniejszy uważa prelegent sposób Arnolda, prymaryusza szpitala powszechnego we Lwowie, zmodyfikowany przez Lipliawskyego. Wykonanie jego jest następujące: 6 cm^3 1 prc. rozczynu paramidoacetofenonu i 3 cm^3 1 prc. rozczynu azotynu potasowego zlewamy z równą (a więc 9 cm^3) ilością moczu, do probówki. Po dodaniu 1—2 kropli amoniaku, wstrząsamy płynem, który przybiera barwę ceglasto-czerwoną. Z tego płynu odlewamy 0,5—2 cm^3 i dodajemy do tej ilości 15—20 cm^3 kwasu solnego stężonego (o c. g. 1.19), następnie 3 cm^3 chloroformu i 2—4 kropli sześciochlorku żelaza. Zatkawszy probówkę korkiem, obracamy nią kilkakrotnie, śledząc zabarwienie, jakie przybierze chloroform. W razie obecności kwasu acetooctowego jest ono fiołkowe, w przeciwnym razie żółto- lub czerwonawobrunatne. Prelegent kładzie nacisk na warunek, żeby użyty kwas solny miał c. g. 1,19. Próba A.-L. jest, jak zbadał prelegent, nietylko najczulszą ze wszystkich, podanych dla kwasu acetooctowego, ale najznamienniejszą z nich, gdyż żadna inna substancya nie wywołuje jej dodatniego wyniku.

IV. Kol. doc. Biernacki wygłosił odczyt: **„Jak się żywi nasza inteligencya“.** Z obliczeń, zebranych przez prelegenta śród zamożniejszej inteligencyi warszawskiej i lwowskiej wynika, że jada ona znacznie więcej, niż należy. Kiedy Rubner uważa za dostateczny pokarm o wartości 2500 kal. (netto), to u nas spotyka się zwykle liczby znacznie wyższe (do 4000 kal.) przyczem należy podnieść, że ilości węglowodanów (250—300 gr. na dobę) i białka (80—100 gr.) są przeciętnie małe, natomiast olbrzymie są liczby tłuszczu (150—170 gr.), przekraczające w dwójnasób ilości, ustanowione przez dyetetykę, czyli, że inteligencya nasza spożywa przeważnie pokarm przetłuszczony. Prelegent zwraca uwagę na szkodliwość tego rodzaju pożywienia, szkodliwość, potęgowaną przez okoliczność, że pokarm tłusty jest zwykle i pokarmem bardzo korzennym i sądzi, że powinniśmy dążyć do »ucywilizowania« naszej kuchni na wzór francuskiej i angielskiej.

V. Kol. Moraczewski zdał w krótkości sprawę z prac Emila Fischera nad **syntezą białka.**

Po posiedzeniu odbyło się wspólne zebranie koleżeńskie w celu bliższego zapoznania się z nowo przyjętymi członkami.

Sekretarz: *W. Ziembicki.*

VII. posiedzenie naukowe dn. 20 kwietnia 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych członków 32, gości 2.

Przewodniczący zawiadamia o przyjęciu nowego członka: kol. prof. Henryka Halbana.

Przyjęto protokoły z posiedzeń: dn. 16 i 30 marca b. r.

I. Kol. Wilczek przedstawił 60-letniego mężczyznę ze zupełnem **wygojeniem się rozległego zmiażdżenia kości czołowej.** Uległ on był mianowicie wypadkowi (wskutek spłoszenia się koni, które go uniosły na stos kamieni), przyczem nastąpiło zmiażdżenie kości czołowej, na szerokość dłoni, z wklinowaniem odłamków, pęknięciem kości do ciemienia i ku dołowi wzdłuż oczodołu. Z szerokiego otworu w oponie twardej wydobywał się mózg, pokryty sianem, słomą, włosami i t. d. Zabieg operacyjny polegał na usunięciu odłamków, oczyszczeniu rany, częściowem zaszyciu opony twardej, sączkowaniu. Chory był tylko w pierwszym dniu nieprzytomny, miał krwawe wymioty. Po upływie czterech tygodni dokonano operacyi plastycznej. Obecnie cały ubytek pokryty jest warstwą skóry. W ciągu całego czasu chory, nie okazujący zresztą żadnych objawów porażnych, raz tylko miał ciepłotę podwyższoną (38·6), zresztą wcale nie gorączkował, gojenie postępowało zupełnie prawidłowo, pomimo, że warunki, wśród których udzielono mu pierwszej pomocy (w chacie wiejskiej) nie dopuszczały postępowania bezgnilnego.

W dyskusyi przemawia kol. Obtułowicz, przypominający sobie podobny przypadek ze swej praktyki, jakoteż kol. doc. Barącz, który zwraca uwagę na spostrzeganą tak często u wieśniaków zdolność gojenia się ran w warunkach jak najgorszych.

II. Kol. Jasiński przedstawił chorą z oddziału chirurgicznego powszechnego szpitala (prymaryusz prof. Ziembicki), która przebyła **ropne zapalenie otrzewnej.** Badanie wykazało u niej po przyjęciu do szpitala zaczerwienienie na szerokość dwóch dłoni poniżej pępka, chełbotanie w jamie brzusznej, stłumienie przy opukiwaniu powłok brzusznych na całej przestrzeni, przy ciepłocie ciała 38·5°, tętnie 120, dreszczach, wymiotach, biegunce. Wykonano nacięcie (dług. 15 cm.) w linii środkowej, jakoteż mniejsze nacięcia po obu bokach dla ułatwienia odpływu treści otrzewnej. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że jelita usunięte są ku tyłowi i są w całości przykryte rodzajem grubej błony, powleczonej ropą. Wątrobę, śledzionę i żołądek pokrywała warstwa włóknika. Po stronie prawej zauważono rodzaj zaułka, dążącego w kierunku jelita ślepego. Jamę brzuszną przepłukiwano płynem fizyologicznym. Po dwóch tygodniach stan gorączkowy ustąpił. Następnie jednak utworzył się ropień w podbrzuszu lewem, który nacięto i oczyszczono. Obecnie rany w linii środkowej i od obu cięć bocznych są wygojone. Pozostaje jedynie rana od ostatniego cięcia (ponad więzadłem Pouparta) na którą zastosowano klosz ssący Biera, rana ta również się goi. Etyologia sprawy była niejasna. Ze strony macicy nie można było stwierdzić bezpośredniej przyczyny. Macica przed operacyą była z powodu ciśnienia płynu brzusznego obniżona i wysunięta częściowo przed srom. Po zabiegu powróciła do ułożenia prawidłowego. Prawdopodobnem miejscem wyjścia wydawałyby się kiszka ślepa, lub też wyrostek robaczkowy. Z ropy, wypuszczonej z jamy brzusznej, wyhodowano paciorkowca.

III. Kol. Nowicki wygłosił rzecz o **mnogich uchyłkach jelitowych.** Uchyłki przewodu pokarmowego mogą być wrodzone lub nabyte. Wielu autorów jedynie uchyłek Meckela uważa za wrodzony, wszystkie inne zaś za nabyte, dzieląc je na fałszywe t. j. wypuklenia błony śluzowej i podśluzowej, i prawdziwe t. j. zbudowane ze wszystkich warstw ściany jelitowej. Omówiwszy cechy charakterystyczne uchyłków jednych i drugich

przytacza prelegent swe przypadki (dwa), dotyczące ludzi starych, bo 73- i 80-letnich. Uchyłki usadowione były w jednym przypadku w ramieniu poprzecznem i zstępującem okrężnicy, w drugim tylko w pętli esowatej. Znajdowały się w większej liczbie, miały kształt dzbanuszkowaty, wielkość siemienia do orzecha laskowego, wypełnione były zbitym kałem, wchodziły zawsze w przyczepki tłuszczowe *(appendices epiploicae)*. Badanie drobnowidowe stwierdziło w jednym z tych przypadków budowę ze wszystkich warstw ściany jelitowej. Błona śluzowa okazywała zmiany zapalne. Co się tyczy sposobu powstawania uchyłków, to mogą być wielorakie. Według Hansemanna, Grasera, Klebsa występują uchyłki w miejscach, odpowiadających przechodzeniu naczyń przez błonę mięsną, a więc w okolicy krezki. Za tem przemawiają również doświadczenia; w powstawaniu uchyłków, zwłaszcza pojedynczych, odgrywają taką rolę zmiany bliznowate krezki, blizny ściany jelita, a wreszcie jego zwężenia. W jelicie grubem spotyka się uchyłki prawie zawsze u ludzi starych, gdzie z jednej strony zanikające ściany, a z drugiej ucisk zalegającego kału (nawykowe zaparcie stolca, Leube) mają tu ważne znaczenie; miejsca, odpowiadające przyczepkom tłuszczowym, są niewątpliwie najwięcej wystawione na tworzenie się uchyłków. Co do następstw, to mogą się w uchyłkach rozwijać stany zapalne, owrzodzenia, przebicia (Mertens, Bollinger) do jamy otrzewnej lub narządów (Sidney Jones), mogą tworzyć się zrosty z otoczeniem, naśladować guzy nowotworowe lub pociągnąć za sobą zwężenia przewodu pokarmowego.

IV. Kol. Nowicki przedstawił wreszcie szereg preparatów anatomiczno-patologicznych, a mianowicie:

a) Wątrobę i jelita mężczyzny 36-letniego, który zmarł w klinice lekarskiej z rozpoznaniem **ropnego zapalenia wątroby**. Za punkt wyjścia uważano wyrostek robaczkowy, za czem przemawiał przebieg kliniczny. Sekcya stwierdziła: pomiędzy jelitem ślepem, a poprzecznicą zrost, powstały od zbliznowaciałej sieci. Po jego przecięciu znaleziono wewnątrz ropień, przebijający tak do poprzecznicy, jak do jelita czczego. Wśród tego ropnia tkwiła podwiązka jedwabna. Jak wynikało z wywiadów, chory poddał się był przed siedmiu miesiącami operacyi przepukliny. Była to widocznie przyrośnięta przepuklina sieciowa, tak, że po dokonanej herniotomii sieć podwiązana cofnęła się wraz z jelitem ku górze, poczem z powodów, których prelegent nie umie rozstrzygnąć, przyszło w otoczeniu podwiązanego odcinka sieci do sprawy zapalnej, do zrostu z poprzecznicą i t. d. Następnie musiało dojść do nadżarcia jednej z żył krezkowych, tak, że sprawa ropna drogą krwi przeniosła się do wątroby, wywołując w niej zator i w końcu obraz anatomiczny, przedstawiający się jako nagromadzenie ropni, od najmniejszych począwszy, do dosięgających wielkości głowy dziecka. Wątroba waży sześć i pół kg. Z ropy wyhodowano paciorkowca.

b) Serce z przypadku z bardzo znaczną miażdżycą tętnicy głównej, na tle której przyszło do tak znacznego **zwężenia ujścia tętnicy wieńcowej lewej**, że zaledwie da się przez nie przeprowadzić cienki drucik platynowy. Przed kilku miesiącami przedstawiał k. Nowicki podobną zmianę, ale wywołaną sprawą kiłową, gdzie chory, mający lat trzydzieści kilka, leczony z powodu objawów niedomogi serca, będąc już we wcale dobrym stanie, nagle po silniejszym wysiłku fizycznym umarł. Sekcya stwierdziła wówczas znaczne zwężenie ujścia tętnicy wieńcowej lewej, ponad którem znajdowała się zgrubiała błona wewn. w postaci zastawki. Że ludzie mimo tak wielkiego zwężenia ujścia tak ważnej tętnicy żyć mogą, należy chyba tłómaczyć wytworzeniem się ubocznego krążenia między tętnicą wieńcową prawą a lewą i to dzięki połączeniom, które, jak dowiedli Hyrtl, West i inni, między niemi istnieją.

c) Macica z **nabłoniakiem kosmówkowym**, w znacznym stopniu się rozpadającym. Przypadek dotyczył kobiety 30-letniej, która umarła z powodu rozległej gruźlicy rozpadowej płuc i przewodu pokarmowego. Sprawę w macicy znaleziono jako rzecz przypadkową. Nowotwór przedstawia się jako ubytek o brzegach wyniosłych, różowych, o dnie pokrytem masami martwiczemi, pomieszanemi z krwią skrzepłą; wielkość jego dochodzi jaja gołębiego. Macica, nieznacznie powiększona, wypełniona była ciemno-czerwonym skrzepem. Badanie drobnowidowe stwierdziło utkanie typowego nabłoniaka kosmówkowego złośliwego. Zaznaczyć należy, że mimo stosunkowo daleko posuniętego rozpadu, nigdzie nie można było zauważyć przerzutów widocznych, gdy przeciwnie w innym przypadku, ogłoszonym przez kol. N. wraz z kol. Czyżewiczem jun., gdzie nabłoniak złośliwy w kształcie polipa, zupełnie nie rozpadły, owszem dość zbity, liczne dał przerzuty we wszystkich prawie narządach.

d) Preparat kości udowej z **licznymi przerzutami mięsaka w szpiku kostnym**, okazującymi w kilku miejscach zserowacenie. Sprawa dotyczyła mężczyzny 55-letniego, a zaczęła się, o ile z obrazu sekcyjnego wnosić można, na okostnej talerza biodrowego, następnie dała przerzuty na kręgach i pod czepcem ścięgnistym (*galea aponeurotica*). Kość nigdzie nie była zajęta. Nadto znajdowały się liczne przerzuty w wątrobie, powstałe najprawdopodobniej drogą krwi. Sekretarz: *W. Ziembicki.*

Koło lekarskie w Petersburgu.

Protokół posiedzenia dnia 14/27 marca 1906.

Obecnych członków 21.

I. Protokół z poprzedniego ogólnego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Doc. dr Witold Orłowski przed porządkiem dziennym podaje dane, dotyczące chorego na **raka żołądka we wczesnym okresie**, którego przedstawiał na posiedzeniu poprzedniem. Chory w dniu 8/21 marca poddał się operacyi w klinice prof. Fiedorowa. Rak (*scirrhus*) był usadowiony na małej krzywiźnie żołądka i był ograniczony; gruczoły sąsiednie nie były zajęte, rak rozwijał się na bliźnie po wrzodzie okrągłym. Wobec wielu zrostów (doc. dr Oppel) dokonano wycięcia nowotworu razem z usunięciem kiszki poprzecznej prawie na całej jej przestrzeni, następnie połączono żołądek z jelitem czczem guzikiem Murphyego, wszyto końcową część jelita biodrowego do pętli esowatej, wreszcie założono odbyt sztuczny na górnym końcu okrężnicy wstępującej. Operacya w mieszanem uśpieniu tlenowo-chloroformowem trwała 4 godziny; w czasie operacyi choremu wstrzyknięto pod skórę przeszło 1 litr fizyologicznego rozczynu soli. (Chory umarł 19/III (I/IV) wśród upadku czynności serca. — *Przypisek późniejszy prelegenta*).

III. Dr Karol Karnicki przedstawia przed porządkiem dziennym chorego na **zaćmę**, spowodowaną **zatruciem ergotyną**. M. P., włościanin 25-letni, wstąpił do ocznej lecznicy 15/28 lutego 1906 r., uskarżając się na stopniowe słabnięcie wzroku, które rozpoczęło się w silniejszym stopniu od roku, jakkolwiek pogorszenie wzroku zauważono w jesieni 1904 r., kiedy chory leczył się w szpitalu z powodu drgawek, które się zjawiły po używaniu chleba ze sporyszem. Ze słów chorego wynika, iż w okolicach jego wioski jesienią 1904 roku panowała epidemia rojnicy (*raphania*): dużo ludzi chorowało na kurcze i nawet kilka osób umarło; komisya z lekarzy po zbadaniu chleba zabroniła jego używania, jako szkodliwego.

Stan obecny chorego: Spojówka, tęczówka, rogówka bez zmian; źrenice dobrze oddziaływają na światło; lewa źrenica nieco szarawa; bystrość wzroku = liczy palce na odległość 3 metrów. Przy badaniu wziernikiem dno oka widać jakby za gęstą mgłą; soczewka mętna; w tylnych warstwach zmętnienie ma postać gwiazdy, w przednich zmętnienie rozlane; na lewem oku uległem zmętnieniu promienie są wyraźniejsze, a szpary między niemi są szersze; na prawem oku odwrotnie, szpary są węższe, promienie zaś niezbyt wyraźne; pole widzenia ścieśnione dla wszystkich barw prawie dośrodkowo, zwłaszcza na oku lewem; barwy i światło chory odróżnia prawidłowo.

17 lutego na lewem oku wykonane rozcięcie zaćmy (*discissio cataractae*), a 23 lutego z powodu wzmożenia napięcia gałki wydobycie; obecnie oko trochę jeszcze przekrwione; bystrość wzroku ze szkłem + 11, D 0,2. Dno oka prawidłowe.

Demonstracyę prelegent uzupełnia przytoczeniem teoryi powstania zaćmy wskutek zatrucia ergotyną. *(Streszczenie własne)*.

W dyskusyi przemawiali prof. dr St. Zaleski, dr Strawiński, doc. dr W. Orłowski i dr Sowiński, zaznaczając ogromne w powstaniu rojnicy znaczenie upośledzonego odżywiania, ilości sporyszu w chlebie, wreszcie świeżości przetworu.

IV. Dr B. Wilamowski odczytuje rzecz p. t.: **„Słów kilka o lazaretach Czerwonego krzyża w Irkucku“**. W dyskusyi przemawiali: dr K. Karnicki, Wojciech Kozłowski, prof. dr St. Zaleski i dr Strawiński.

V. Dr Z. Sowiński odczytuje rzecz p. t.: **„Kilka przypadków rozległych zmian kilakowych na prąciu“**, (rzecz przeznaczona do druku w »*Przeglądzie chorób skórnych i wenerycznych*«).

Dyskusya: Prof. dr St. Zaleski uważa katalityczną teoryę działania rtęci na ptomainy za fantastyczną; rtęć mogłaby działać katalitycznie tylko, będąc w najdrobniejszych cząsteczkach na wzór platyny gąbczastej; tymczasem, wchłaniając się do krwi, rtęć tworzy białkany, które nie mają własności katalitycznych. —

Dr Sowiński, zgadzając się z prof. dr St. Zaleskim, uważa za prawdopodobniejszą teoryę, według której białkany rtęciowe wchodzą w związki chemiczne z ptomainami i w ten sposób usuwają ich działanie trujące. W dyskusyi przemawiali również dr Strawiński, doc. dr W. Orłowski i dr Wierciński.

Na posiedzeniu administracyjnem 1) przyjęto w poczet członków Koła drów Swolkienia, Zajączkowskiego, Korbutta-Karaffę i magistra farmacyi p. M. Leśniewską; 2) zatwierdzono spis książek polskich do nabycia dla biblioteki Koła. Sekretarz: *Witold Orłowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Polskie Towarzystwo balneologiczne rozesłało do lekarzy we wszystkich częściach Polski następującą odezwę: »Jeśli w roku ubiegłym, skutkiem stosunków, stworzonych przez wojnę rosyjsko-japońską, poważne zachodziły wątpliwości co do przyjazdu chorych, szukających zdrowia w krajowych zdrojowiskach i uzdrowiskach, to tem bardziej obecnie lękać się trzeba o byt tych zakładów. W ciągu minionych miesięcy nietylko że nie nastała żadna poprawa, ale raczej wszystko zmieniło się na gorsze. Upadek przemysłu w granicach imperyum rosyjskiego, zupełne rozprzężenie społeczne, chaos pojęć i czynów, ogólne zubożenie — oto znamiona chwili. Byłoby rzeczą wprost nierozsądną spodziewać się, że w tych warunkach zakłady nasze będą zapełnione, że przedsiębiorstwa zdrojowe przyniosą te korzyści, jakie wobec usilnych starań o podniesienie i udoskonalenie zakładów przynieśćby mogły i powinny w innych warunkach. Ale dbać trzeba przynajmniej o to, aby krytyczne czasy, które przeżywa całe społeczeństwo polskie, nie sprowadziły strat tak wielkich, że zdrojownictwo nasze nie mogłoby ich przetrzymać. Trzebaby znów długich lat pracy w przyszłości, aby posiąść na nowo to, co dotąd z takim mozołem zdobyto.

Że rok przeszły nie był dla zdrojowisk tak niepomyślnym, jak się tego powszechnie lękano, zawdzięczać należało jedynie tylko prawdziwie obywatelskiemu działaniu lekarzy i całego społeczeństwa. W fakcie tym czerpie otuchę przemysł zdrojowy polski, liczy, że życzliwe czynne poparcie będzie ciągłe i coraz większe i w tej myśli dąży mimo trudnych warunków wytrwale po drodze postępu. A postęp ten znać w każdem niemal zdrojowisku i uzdrowisku.

Zdając sobie dokładnie sprawę z obecnego stanu rzeczy, zwraca się Wydział Polskiego Towarzystwa balneologicznego z bardzo usilną i gorącą prośbą do całego społeczeństwa polskiego, a zwłaszcza do wszystkich lekarzy polskich, aby więcej niż kiedykolwiek pamiętać zechcieli o swojskich zakładach. — Każdy grosz, wydany bez istotnej potrzeby poza granicami kraju, jest obecnie wielką szkodą i wielką krzywdą, wyrządzoną własnemu społeczeństwu i własnemu krajowi. A groszy tych pozostaje rok rocznie w zagranicznych zdrojowiskach i uzdrowiskach miliony.

Jeśli kiedy, to właśnie teraz ograniczyć trzeba liczbę osób, wyjeżdżających do obcych zakładów. Najwięcej zdziałać to mogą lekarze, a więc w ich przedewszystkiem ręce składa Polskie Towarzystwo balneologiczne byt naszego zdrojownictwa. Wydział Towarzystwa żywi nadzieję, że Pan nie odmówi Swego cennego współdziałania, słowem i czynem wesprzeć raczy usiłowania, mające za cel dobro swojskich zdrojowisk i chorych swych, o ile to tylko ze wskazaniami lekarskiemi pogodzić się daje, skieruje do krajowych zakładów i dopomoże do zwalczenia uprzedzeń, które każą szukać zdrowia raczej u obcych, pomimo tego, że w kraju równie dobrze znaleźć je można.

W Krakowie, dnia 1 maja 1906 r.

Za Wydział Polskiego Towarzystwa balneologicznego:

Prof. dr *L. Korczyński*, prezes. Dr *E. Supiński*, sekr.

Towarzystwo higieniczne warszawskie w roku 1905. Zawarte w kwietniowym zeszycie z r. b. »Zdrowia« sprawozdanie z działalności warszawskiego Towarzystwa higienicznego za rok 1905 dowodzi nietylko żywotności, ale i dalszego rozwoju tego Towarzystwa, co tem bardziej należy podnieść, że z powodu warunków ekonomicznych i politycznych rok ubiegły był dla pracy Towarzystwa bardzo niekorzystny. Prócz znacznego ruchu odczytowego w poszczególnych wydziałach Towarzystwa (ogółem 26 odczytów), licznych referatów w sprawach praktycznej działalności na polu higienicznem i wychowawczem, zaznaczyła się praca Towarzystwa naradami nad higieną pomniejszych miast i wsi przy udziale delegatów oddziałów prowincyonalnych Towarzystwa, wystawą gospodarstwa domowego i stworzeniem nowych wydziałów Towarzystwa: higieny życia domowego i przeciwalkoholicznego; dalej organizacyą muzeum higieny ludowej w Częstochowie, organizacyą walki z cholerą i stworzeniem sanitarnej opieki obywatelskiej dla skuteczniejszego przeprowadzenia tej walki. Równie czynne były i oddziały prowincyonalne Towarzystwa, szczególnie zaś lubelski, łódzki i płocki, rozwijające obok działalności przeważnie popularno-odczytowej szczególnie wydatną działalność praktyczną na polu higieny wychowawczej i wieku dziecięcego, oraz zapobiegania chorobom zakaźnym. Najlepszą miarę działalności praktycznej tych oddziałów prowincyonalnych i centralnego Towarzystwa stanowi bilans, wynoszący dla oddziału lubelskiego rb. 2536 (na samą instytucyę »Kropli mleka« 1685 rb.), kaliskiego rb. 3109, łomżyńskiego rb. 1486, dla instytutu higieny dziecięcej im. bar. de Lenwala w Warszawie rb. 8091; dochody zaś na sanatoryum ludowe dla gruźliczych wyniosły w roku 1905 rbs. 163.315. *Bier.*

Walka z gruźlicą w Galicyi prowadzoną jest bardzo słabo. Dr Mikołajski (w »Głosie lekarzy« Nr 9) uważa za przyczynę tego przedewszystkiem brak państwowych reform socyalnych w całej Austryi, o które oparło się ze znakomitym wynikiem zwalczanie gruźlicy np. w Niemczech (ubezpieczenie na przypadek choroby, przygody, na starość, na wypadek niezdolności do pracy, dobrze zorganizowana opieka nad ubogimi), niższy stopień kultury, brak funduszów i słabą ofiarność publiczną i prywatną na cele zdrowotne. Zanim państwo i kraj wprowadzą ustawy o ubezpieczeniach i opiece nad ubogimi, główny obowiązek zwalczania gruźlicy spada na gminy, zwłaszcza na miasta większe. Przykład miast stołecznych pociąga za sobą resztę miast i dlatego postarał się dr Mikołajski o stworzenie we Lwowie miejskiej komisyi przeciwgruźliczej, co ma na wniosek prof. dr Domańskiego nastąpić i w Krakowie. W komisyi lwowskiej zdał dr Legeżyński 20/III sprawę z toku prac statystycznych, dotyczących gruźlicy we Lwowie i rozwinął program walki przeciw gruźlicy w granicach środków gminy, obejmując nim: pouczenie publiczności zapomocą wydawnictw popularnych, odczytów i prasy, oraz stałej wystawy przeciwgruźliczej w muzeum przemysłowem miejskiem; założenie »Kropli mleka«, parków przeznaczonych dla osób, zagrożonych gruźlicą; budowę tanich mieszkań robotniczych, higienę szkół, pracowni, odkażanie mieszkań po suchotnikach, bezpłatne badanie plwocin w miejskiej pracowni bakteryologicznej, popieranie dyspenzatoryów gruźliczych, założenie miejskich uzdrowisk. Na następnem posiedzeniu 2/IV uchwaliła komisya, aby lekarze miejscy zbadali co do gruźlicy mieszkańców zakładów humanitarnych (ochronki, domy ubogich, domy kalek) i młodzież szkolną w pensyonatach, aby miasto założyło pracownię dla bezpłatnego badania plwocin, aby wprowadzono donoszenie o pewnych przypadkach gruźlicy i odkażanie mieszkań, wreszcie, aby nauczycielom, dotkniętym gruźlicą, zapewniono dostateczne utrzymanie po usunięciu ich od zajęć. Usunięcie to przepisuje rozporządzenie Rady szkolnej, które dopóty nie odniesie dostatecznego skutku, dopóki przypadki gruźlicy wśród nauczycieli będą zatajane, jak to dziś ze względów prostej ludzkości dla chorych, niezaopatrzonych dostatecznie nauczycieli dziać się musi. *R.*

Medycyna w Samorządzie. Pod tym tytułem wyszła w Warszawie dzieło, dające pogląd na obecny stan lecznictwo publicznego w Królestwie polskiem, jego braki i potrzeby, a roztrząsające sprawy szpitalnictwa, opieki nad obłąkanymi, podrzutkami, szkołami, pomocy lekarskiej dla położnic, ludności fabrycznej, ludności wiejskiej, walki z chorobami wenerycznemi i w końcu sprawę wydziału lekarskiego uniwersytetu. Cena dzieła 1,80 rbs.

Do walki z partactwem leczniczem wystąpiło niedawno zawiązane stowarzyszenie zawodowe lekarzy monachijskich (Standesverein Münchener Aerzte) i wniosło do rady związkowej Niemiec podanie, w którem prosi o: 1) urządzenie centralnej stacyi doświadczalnej dla środków leczniczych tajnych; 2) coroczne przeglądanie i uzupełnianie listy środków tajnych; 3) wyraźne orzeczenie, że zmiana nazwiska środka przy zachowaniu w zasadzie tego samego składu chemicznego nie znosi zakazu; 4) Zakazanie w przyszłości nietylko publicznego reklamowania jakiegoś tajnego środka, ale i »wszelakich doniesień, przeznaczonych dla szerszego koła osób«, a tyczących się tajnych leków; 5) wyraźne i niedwuznaczne orzeczenie, że takiej samej karze podlega każdy, kto zakazane reklamy zawodowo rozszerza;

(chodzi tu o ajentów, którzy po gazetach pod płaszczykiem wyleczonych z ciężkich chorób wabią publiczność i rozsyłają pochwały dla zakazanych leków); 6) zakaz ogłaszania po pismach przyrządów leczniczych, w szczególności elektrycznych; 7) zakaz ogłaszania wszelakich zagranicznych tajnych leków, względnie zakaz cłowy wprowadzania tychże leków w granice państwa.

Bo trzeba stwierdzić, że partactwo lecznicze rozwielmożniło się w Europie, szczególnie w Niemczech, w niebywały wprost dotąd sposób. I dlatego już w roku 1903 rada związkowa niemiecka wydała zakaz publicznego ogłaszania lub zachwalania tajnych leków, których spis równocześnie ogłosiła. Jednakże dotknięci tem orzeczeniem handlarze środków tajnych umieli sobie poradzić. Obeszli ustawę. Jedni ogłaszali w prasie codziennej na miejscu dawnych ogłoszeń reklamowych ostrzeżenie przed naśladownictwami swoich wyrobów — inni puścili w obieg wyroby swoje pod innemi nazwami, przyczem równocześnie czasami w drobiazgach zmieniali ich skład. I tak n. p. Bauera »Djocat« ochrzczono mianem »Diabeticum Bauera«, zachwalany na wszelkie cierpienia olej żywiczniowy (eukaliptusowy) nazwano »flukolem«, Lahra »Zambakapsle« nazwano »santalolem«, »oftalminę« »okuliną« itd. itd. Jeszcze inni poradzili sobie jeszcze inaczej. Znaleźli t. zw. »wyleczonych chorych«, w istocie płatnych ajentów, którzy za pieniądze po pismach chwalą niezwykle rychłą skuteczność leków, wyrabianych przez płacących panów p. t. fabrykantów. Tacy to »wdzięczni chorzy«, którzy mimo leczenia się u największych powag lekarskich świata nie wrócili do zdrowia, powrót zaś do zdrowia zawdzięczają jedynie temu lub owemu cudownemu lekowi, z najszlachetniejszych pobudek (czasem ślubowali) »chętnie i bezpłatnie« radzą cierpiącej ludzkości, reklamują z wielkim hałasem te lub owe fluidy, eliksiry, balsamy, oliwy, zioła, wyciągi ziołowe i wiele innych rzeczy. Nie spisałby ich na wołowej skórze.

Rok 1905 nie był gorszym od swych poprzedników; i on też uszczęśliwił cierpiącą ludzkość całym szeregiem cudownych leków. Przyniósł chudym środki na tycie, tłuściochom środki na schudnięcie, leki przeczyszczające (jak żadne dotąd) chorym na zaparcie nawykowe, łysym środki na porost włosów i t. d. Płci pięknej przyniósł cały szereg nowych środków dla »osiągnięcia pięknego, ba nawet idealnego biustu (pigułki oryentalne »Robosepillen«, Amiral, mleczko d'Apy, wschodnie czyli »t. zw. oryentalne« proszki wzmacniające). Ze środków na schudnięcie najbardziej reklamowano »antipositin«. Cierpiącym na nawykowe zaparcie stolca »pomagały« pigułki Antoniusa i flatulinowe, Califig, Scavuline i t. d. Z pośród środków, zachwalanych na porost włosów, wziął rekord czelnością reklamy środek, zwany »Hair-Hewer p. John Craven-Burleigh«. Ameryka i Anglia poszły o lepsze w zasypywaniu Europy uszczęśliwiającymi lekami. Wspomnę tylko t. zw. »Natürlicher Gesundheitshersteller«, cudowny środek na dnę i gościec stawowy »Gloria Tonic«, środek mający leczyć »przepukliny« (sic!) »Bruchheilmittel Lymphol«, a zapomnieć mogliby tylko niewdzięcznicy w Europie o szlachetnym przyjacielu ludzkości dr. Jamesie W. Kidd w Fort Wayne (Indiana), który z odległości leczy bezpłatnie wszystkie choroby. Szczególnym popytem cieszyły się elektryczne łańcuchy i pasy (Elektronigor, Herkules, Elektro-Suspensor) na wszelkie ułomności, a przedewszystkiem na niemoc płciową zachwalane, chociaż prasa naukowa nie leniła się zwracać uwagę na zupełny brak wartości wszelkich tych szalbierczych zabawek.

W roku cudownego ozdrawiania, w r. 1905, sprzedano niezliczoną moc kalendarzy, cyrkularzy, broszur, ba nawet beletrystycznych elaboratów, zachwalających leki tajne łatwowiernym chorym. Pisma te nosiły przeróżne napisy i tytuły, jak n. p. »silne nerwy«, »silna pamięć«, »osobisty magnetyzm«, »powodzenie w życiu« i t. p. karmiły łatwowiernego nabywcę za jego nieraz ciężko zapracowany grosz pustymi, a napuszonymi frazesami. »Osobisty magnetyzm« przywędrował do nas przez Atlantyk z Ameryki z innemi blagami i stał się dojną krową wyzyskiwaczy europejskich. Ofiarą ich padali przeważnie neurastenicy, chciwie czytający pisma, poświęcone magnetyzmowi i okultyzmowi, bo uwierzyli, że znaleźli prawdziwą ewangelię. Zresztą neurastenicy i śledziennicy zawsze stanowili najlepszą i najpopłatniejszą klientelę handlarzy tajnych leków.

Oto przeciwko temu na słabości i głupocie ludzkiej wyrosłemu i coraz bardziej rozwielmożniającemu się pasorzytowi występują lekarze, nie zawsze popierani przez opinię publiczną, a czasami nawet i ... władze. *Stahr.*

Lekarze jako świadkowie, a znawcy sądowi. Morawska Izba lekarska przypomina lekarzom, że wezwani do sądu na świadków, powinni bezwarunkowo odmawiać odpowiedzi na takie pytania, na jakie tylko znawca odpowiedzieć może, chybaby sąd zgodził się przesłuchać ich jako znawców. Tylko w ten sposób można położyć tamę wyzyskiwaniu lekarzy przez sądy.

W lwowskich szkołach ludowych i wydziałowych rozdała okręgowa Rada szkolna tablice, pouczające o zgubnym wpływie wyskoku celem zapobiegania szerzącemu się wśród dzieci szkolnych alkoholizmowi.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 29 kwietnia do 5 maja 1906 doniesiono o nowych przypadkach: ospy 6 przypadków w 4 gminach, a mianowicie p. Chrzanów (m. Chrzanów 2, Trzebinia m. 1, Regulice 2, Byczyna 1); duru plamistego 85 przypadków w 25 gminach, a mianowicie p. Bohorodczany (Jabłonka 2), Brzeżany (Glinna 4, Płaucza m. 1), Brzozów (Harta z Lipnikiem 1, Dynów 5), Horodenka (Żuków 19), Jaworów (Zawadów 2, Hruszów 1), Kolbuszowa (Staniszewskie 1), Mościska (Chorośnica 3), Myślenice (Sułkowice 4, Myślenice 1), Nadwórna (Łanczyn 1, Zielona 3), Przemyślany (Łahodów 1), Rawa (Kamionka w. 1, Werchrata 1), Stryj (Pławie 1, Kalne 2, Pohar 2), Tłumacz (Bortniki 11, Korolówka 3, Targowica 11), Złoczów (Jasionowce 1), Zborów (Korszytów 3); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 32 przypadki w 21 gminach.

Ruch ludności w Krakowie. Od 22 do 28 kwietnia b. r. urodziło się dzieci żywo 41, nieżywo 2; zmarło osób 81 (obcych 37), a przyczyną śmierci były: rozwój niedostateczny 6 (1), gruźlica 23 (13), zapalenie płuc 14 (6), błonica 1, płonica 1 (1), odra 1, dur brzuszny 1, cholera niemowląt 4, zakażenie przyranne 1 (1), inne choroby zakaźne 2 (2), choroby serca i naczyń 5 (1), nowotwory 4 (1), inne przyczyny śmierci naturalnej 18 (11).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 22 do 28 kwietnia zgłoszono przypadków: błonicy 6 (obcych 2), krztuśca 4, płonicy 4 (1), odry 1 (1), duru osutkowego 1, duru brzusznego 2 (2), nagminnego zapalenia opon 1. W tymże czasie zmarło z płonicy 1, z duru brzusznego 0 (1).

W sprawie żmudzkiego wybrzeża Bałtyku.

W ostatnich latach wzrasta wśród naszych lekarzy słuszna dążność do tego, aby chorych, potrzebujących leczenia zdrojowego lub klimatycznego, skierowywać, o ile to oczywiście ze wskazaniami leczniczemi w danym przypadku jest zgodne, ile możności do zdrojowisk i miejsc klimatycznych krajowych. W roku ubiegłym i bieżącym podjęło »Polskie Towarzystwo balneologiczne« czynną w tym kierunku agitacyę zapomocą odezw, rozsyłanych do lekarzy na całym obszarze ziem polskich.

Nie ulega też wątpliwości, iż z małym wyjątkiem posiadamy niemal wszystkie rodzaje wód mineralnych i miejscowośc klimatycznych, jakie dla naszych chorych mogą być potrzebne Zbyt mało jednak zwracano u nas uwagi na to, że możemy rozporządzać po części i klimatem morskim bez oglądania się na obcych. Klimat morski uchodził dotąd za jeden z owych wyjątków, dla którego należy pewnych chorych koniecznie wyprawiać za granicę, a ani »Słownik balneologiczny« Zieleniewskiego z r. 1889, ani nawet jeszcze »Zarys balneologii« L. Korczyńskiego z r. 1900 nie opisują osobno żadnej takiej miejscowości nadmorskiej, gdzieby się chorzy nasi znaleźli wśród swoich, w otoczeniu polskiem, co w pewnej kategoryi tych właśnie chorych, których się od nas wysyła nad morze, nie ostatnie ma znaczenie.

Dla ciepłego klimatu morskiego wybrzeży Morza Śródziemnego, jeżeli on jest wskazany, i nadal wypadnie czynić ów wyjątek; ale wybrzeża te, daleko od nas odsunięte, i tak były odwiedzane mniej licznie i tylko przez najzamożniejszych. Daleko więcej chorych z kraju naszego zmierzało zawsze ku północy. Gdy kto jechał do nadbałtyckich niemieckich kąpieli, to nazywało się, że nie mając »swojego« morza, odwiedza się przynajmniej wybrzeża (niegdyś!) »słowiańskie«. A przecież zarówno w Kołobrzegu, jak i w Kole (Kranz) grosz, wywieziony z kraju, wpływał do niemieckiej kieszeni, a chorzy nasi byli poprostu osamotnieni wśród obcych. Nawet Soboty, pomimo dość znacznego zjazdu Polaków, są niezaprzeczenie niemieckie, bo miejscową ludność polską, okolicznych Kaszubów, coraz mniej znać wśród nawały przybyszów, zagranicznych coraz bardziej dla siebie te kąpiele i czyniących dla naszych chorych pobyt w ostatnich latach bardzo przykrym, i to — umyślnie.

Soboty nie utracą dla chorych, od nas nad morze jadących, znaczenia i w przyszłości i pozostaną jedynemi już pono kąpielami morskiemi, przynajmniej — otoczonemi ludnością rdzennie polską. Należałoby jednak zwrócić uwagę na inną część wybrzeży nadbałtyckich, należącą niegdyś do ziem dawnej Rzeczypospolitej, gdzieby chorzy nasi mogli czuć się najwięcej jeszcze u siebie i gdzie wobec istniejących jeszcze trudności paszportowych mieliby chorzy z Królestwa Polskiego dostęp najłatwiejszy. Jest to spory pas nadbrzeżny Żmudzi w dzisiejszej gubernii kurlandzkiej. W pasie tym mógłby się utworzyć szereg morskich kąpieli i stacyi klimatycznych polskich, a już dziś znajduje się tam jeden punkt klimatyczny i kąpielisko w rękach polskich, pod zarządem spółki polskiej i gromadzi publiczność obecnie wyłącznie polską. Punktem tym jest Połąga, mająca obok gotowych już urządzeń kąpielowych tę zaletę, że leży tuż nad granicą pruską i przez to dostępna jest stosunkowo łatwo także dla chorych z zaboru austryackiego i pruskiego, a w każdym razie prawie nie jest dla nich trudniej dostępna, niż Soboty lub Koło.

Tylko od lekarzy polskich zależy dalszy rozwój Połągi, mogący z niej uczynić z czasem pierwszorzędne kąpielisko morskie i macierz całego ich szeregu w tej części wybrzeży Bałtyku wyłącznie dla naszych chorych. Byłoby to zresztą tylko odświeżeniem tradycyi z początku XIX wieku, gdy w tej stronie bawiło corocznie przez lato do tysiąca rodzin i zdawało się, że obok Połągi wyrosną na miejsca klimatyczno-nadmorskie sąsiednie wsie Kunigiszki i Święta.

Dzisiejsza Połąga nie jest doskonałością, ale ma wszelkie warunki po temu, by wkrótce odpowiedzieć większym nawet wymaganiom, do czego też usilnie zmierza. Bliskie sąsiedztwo zakładu kąpielowego z miasteczkiem tego samego nazwiska, liczącem 1500 mieszkańców, a posiadającem kościół, pocztę, telegraf, aptekę, kilku stałych lekarzy i t. d., łączy zakład ze światem. Sam zakład rozporządza nietylko parkiem zakładowym, ale co ważniejsza nadbrzeżnym lasem sosnowym i piaszczystem wybrzeżem (plażą), łącząc przez to zalety uzdrowiska nadmorskiego z przymiotami uzdrowiska leśnego. Las posiada wprawdzie i Koło, ale nie posiada ono płaskiego wybrzeża. Nad Sobotami góruje żmudzkie wybrzeże żywszą falą. Zresztą ma te same właściwości i wskazania, co obie tamte miejscowości i Kołobrzeg, z którymi je L. Korczyński w swojej Balneologii na równi stawia. Ciśnienie powietrza na wybrzeżu żmudzkiem wynosi 720—780 mm., średnia ciepłota w czerwcu 13, w lipcu 16·7, w sierpniu 17·9, we wrześniu 12° C., ciepłota wody morskiej podobno niemal ta sama, co w Schevenigen i w Ostendzie, roczna suma opadów około 700 mm., wiatry częste o średniej chyżości 5 m., deszcze głównie w październiku, najwięcej dni pogodnych w maju i czerwcu. Oprócz domu zdrojowego z czytelnią, restauracyą, drugiego z salą balową i odczytową, kilku will zakładowych i wielu prywatnych, oświetlenia elektrycznego i t. p. zwykłych w takich zakładach urządzeń, oraz stosownych urządzeń do kąpieli morskich zimnych, rozporządza zakład nowo w roku bieżącym zbudowanemi łazienkami do kąpieli ciepłych, zakładem gimnastyczno-ortopedycznym dra Skowrońskiego z Warszawy, urządzeniami do kąpieli słonecznych, mechanoterapii, zakładem kefirowym i t. p. Ceny mieszkań i utrzymanie w pensyonatach zakładowych i prywatnych zdają się być dość umiarkowane, nie wyższe, niż w innych zdrojowiskach naszych; produkta surowe są tanie.

Od żmudzkiego wybrzeża zdawało się odstraszać chorych mniemanie, że jest ono trudno dostępne. Zdaje się jednak, że w wieściach tych było bardzo dużo przesady, bo o uciążliwszej drodze możnaby mówić tylko od strony Libawy, skąd do Połągi trzeba jechać 74 wiorst drogą kołową. Ale droga na Libawę jest krótszą tylko dla tych, którzy na wybrzeże żmudzkie dążą z Litwy i ze wschodnich części Królestwa; dla chorych z innych części zaboru rosyjskiego, z Poznańskiego i z Galicyi krótszą jest kolejowa podróż do Kłajpedy (Memel), skąd do Połągi pozostaje już tylko półtorej godziny końmi.

Ćwierć wieku temu nie mieliśmy niemal pojęcia, że posiadamy i możemy wyzyskać tak potężny czynnik leczniczy, jak klimat alpejski, a Tatry były niemal odludziem, odwiedzanem jedynie przez garstkę miłośników wspaniałej ich przyrody, dla chorych nieużytkowanem i niedostępnem; trzeba było dopiero, by Chałubiński »odkrył« Zakopane, zanim naszych chorych przestano po zdrowie wysyłać do Szwajcaryi i Tyrolu i zanim się przekonano do naszych gór. Powaga i wpływ Chałubińskiego zdołały przełamać obawę niewygód, wówczas rzeczywiście znacznych i z prymitywnych naprawdę stosunków przy energicznem i rozumnem współdziałaniu lekarzy polskich podnieść Zakopane i całe Podhale na poziom dzisiejszy, a jaki to krok olbrzymi i jaki zysk dla gospodarki krajowej i dla tych naszych chorych, których na zagraniczne góry nie było stać, oceni każdy lekarz, który znał Podhale z przed lat choćby kilkunastu. Dziś niema może drugiego Chałubińskiego, któryby »odkrył« »nasze« morze, ale nauczyliśmy się tymczasem lepiej działać zbiorowo i to, co zdziałał niemal jeden człowiek, dziś zdziałać zdołają lekarze nasi wspólnem usiłowaniem. Skarb leży pod stopami; trzeba tylko chcieć po niego się schylić. Wybrzeże żmudzkie nie jest etnograficznie zapewne naszem, ale jest dziś jedynem, gdzie możemy dla naszych chorych wytworzyć zakątek, w którym będą się czuli »u siebie« i gdzie budując na gruncie, już znacznie lepiej przygotowanym, niż ten, na którym przyszło budować Chałubińskiemu, możemy polskiemu przemysłowi kąpielowemu z zyskiem dla naszych chorych stworzyć warunki do rozwoju nowej jego gałęzi. *Ciechanowski.*

* * *

Wakacyjne kursa lekarskie.

W wydziale lekarskim krakowskim poruszono myśl wznowienia kursów wakacyjnych dla lekarzy, które odbywały się w miesiącu lipcu, a od dwóch lat z powodu stosunków politycznych musiały uledz przerwie.

Wyłoniły się jednak poważne wątpliwości, czy kursa te zdołają już w tym roku zgromadzić dostateczną liczbę uczestników.

Dla rozstrzygnięcia tych wątpliwości uprasza się lekarzy, którzyby mieli stanowczy zamiar uczestniczenia w tegorocznych kursach wakacyjnych w lipcu w Krakowie, by zgłosili się **najdalej** w ciągu 2 tygodni, t. j. do dnia 26 maja 1906, listownie do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« (Kraków, Wielopole 4), wymieniając zarazem przedmiot lub przedmioty, którymi na kursach zamierzają się zająć.

Od wyniku zgłoszeń, który podany będzie do publicznej wiadomości w prasie lekarskiej, zależy, czy krakowskie kursa wakacyjne dla lekarzy będą w tym roku podjęte lub zaniechane.

Uprasza się wszystkie pisma polskie o łaskawe powtórzenie tej odezwy.

* * *

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 9 maja b. r. posiedzenie, na którem dr Borzęcki przedstawił przypadek *lichen ruber acuminatus*, a dr Bier wyłożył rzecz »O gruźlicy w Krakowie«. W dyskusyi przemawiali dr H. Hirsch i Eisenberg.

— VI doroczne Walne zgromadzenie Towarzystwa Samopomocy lekarzy odbyło się 6 maja b. r. w domu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie przy udziale lekarzy krakowskich i umyślnie przybyłych z prowincyi, wogóle jednak mniej licznym, niż po inne lata. Lwowska Reprezentacya Towarzystwa wysłała 2 delegatów: dr Tatarczucha i Mikołajskiego. Po zagajeniu prezesa r. dw. prof. Jordana, który podniósł stały rozwój Towarzystwa i dodatnie skutki jego działalności (por. streszczenie Sprawozdania Towarzystwa za rok 1905 w poprzednim numerze «Przeglądu«), i nakreślił program działalności Towarzystwa na przyszłość, przyjęto protokół z poprzedniego Walnego zgromadzenia i Sprawozdanie Wydziału, uchwalając uznanie dla skarbnika i całego Wydziału za energiczną i skuteczną pracę i upoważniając Wydział, aby starał się w przyszłości zapobiedz tworzeniu zbyt drobnych odrębnych fundacyi. Następnie uchwalono zmianę § 33 statutu, zwiększając grono Wydziału o 3 członków i upoważniając Wydział do przybierania do swego grona przygodnych referentów dla spraw, które tego wymagać będą, dalej uchwalono reorganizacyę kasy pogrzebowej według projektu, przedstawionego przez doc. dr Brauna. W końcu uchwalono względem tworzących się w Galicyi kas dla chorych majstrów zająć stanowisko odporne na wzór wszystkich Izb lekarskich i stowarzyszeń zawodowo-lekarskich austryackich i w tym celu zebrać od lekarzy deklaracye, iż posad w tych niezmiernie dla stanu lekarskiego szkodliwych kasach przyjmować nie będą. Do Wydziału wybrani zostali: prezesem r. dw. prof. Jordan, I wiceprezesem prof. Ziembicki, II wiceprezesem dr Bogdanik, sekretarzem dr Langie, jego zastępcą dr Flis, skarbnikiem dr Słapa, członkami Wydziału drdr doc. Braun, Hirsch Dawid, Jaugustyn, Stahr, Jabłoński, Żydłowicz, do ko-

misyi kontrolującej drdr Bernadzikowski, Bielański, Schoengut, do sądu polubownego prof. Ciechanowski, prof. Łazarski, drdr Akerman, Lustgarten, Wojciechowski. *R.*

— Wydział polskiego Tow. balneologicznego w Krakowie ogłasza konkurs na pracę kliniczną eksperymentalną p. t. »O wpływie solanek Iwonicza, Rabki, Rymanowa, Truskawca na przemianę ciał azotowych«. Rękopisy należy nadsyłać pod adresem prezesa Tow. baln. najdalej do 1 kwietnia 1907. Nagroda konkursowa za najlepszą pracę w kwocie 400 koron zostanie przyznana na podstawie orzeczenia sądu konkursowego.

W Krakowie 3 maja 1906.

Prof. dr L. Korczyński prezes. *Dr E. Supiński* sekretarz.

Lwów. IX posiedzenie naukowe Tow. lekarskiego lwows. odbyło się 4 maja. 1) Dr Bocheński przedstawia chorą, wyleczoną ze znacznego zwężenia pochwy. Chorą tę przedstawia prelegent w Towarzystwie po raz drugi, by okazać wynik leczenia. Zbliznowacenie pochwy, powstałe po porodzie, było prawie zupełne; znajdowały się bowiem w miejscu pochwy w dolnej jej części tylko dwa włosowate przewody, łączące się w górze w jeden. Leczenie polegało z początku na zakładaniu setonów z gazy jodoformowej, a następnie na rozdzielaniu zrostów na tępo lub nożem i zakładaniu krążków i kul Bozemanna. Wyleczenie nastąpiło w 10 tygodniach tak, że dziś z łatwością można wprowadzić kulę Bozemanna średnicy 7 ctm. Przeszczepienia wobec dobrego wyniku rozszerzania prelegent nie wykonał i nie sądzi, by zbliznowacenie mogło powrócić w znaczniejszym stopniu. Odmiennego zdania jest dr Starzewski, który sądzi, że bez przeszczepienia stan dawny bezwątpienia wróci. — 2) Dr Franke przedstawia chorego, u którego w 7 dni po zranieniu palca ręki prawej wystąpił tężec. Po przyjęciu chorego do kliniki wewnętrznej bliznę na palcu zaraz wycięto i tego samego dnia wstrzyknięto śródoponowo 1 cm^3 $25^0/_0$ rozczynu siarkanu magnowego. W 4 dni później, a następnie jeszcze w 2 dni później wstrzyknięto po 2 cm^3 tegoż rozczynu. Za każdem wstrzyknięciem stan chorego się polepszał, a dziś ma się chory zupełnie dobrze. Wynik, uzyskany w tym przypadku, zachęca do dalszych prób w tym kierunku. — 3) Doc. dr Sołowij przedstawia preparaty z macicy 41-letniej kobiety, u której musiano wyjąć macicę z powodu często powtarzających się, silnych bardzo krwotoków. Chora rodziła 3 razy, raz odbyła poród przedwczesny, a 2 razy roniła, raz w 4-tym, drugi raz w 3-cim miesiącu. W 3 miesiące po ostatniem poronieniu silny krwotok, który ustąpił po wyskrobaniu i wytamponowaniu macicy. Krwotok bardzo silny powtórzył się znowu w $1^1/_2$ roku później, a następnie jeszcze 2 razy. Po ostatnim krwotoku wobec znacznej niedokrwistości i bezskuteczności zabiegów miejscowych, zdecydował się prelegent wyjąć macicę przez pochwę. Na wyciętej macicy prócz 3 małych włókniaków spostrzedz można na tylnej ścianie skrzep krwi, wystający z naczynia miażdżycowo zmienionego. Stwardnienie naczyń uważa tu prelegent za przyczynę tak uporczywych krwotoków. Takie zmiany naczyń mogą się zjawiać w wieku starczym, lecz także już między 40—45 rokiem życia, a wtedy przyczyną pierwotną jest przewlekłe zapalenie macicy. Że krwotoki zdarzają się znacznie rzadziej, niż przewlekłe zapalenie macicy, będące sprawą bardzo częstą, to tłómaczyć możemy tem, że pozostawać one mogą w ścisłym związku z występowaniem miesiączki i łączącem się z tem przekrwieniem macicy. Gdzie miesiączkowania już nie ma, tam i krwotoki mimo zmian w naczyniach tak łatwo nie powstaną. W dyskusyi zabierają głos: dr Wein, Czyżewicz (młodszy), Starzewski, prof. Ant. Gluziński, prof. Bylicki, Schellenberg, Skałkowski, prof. Mars, Nowicki.

— Walne zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się 30 maja we Lwowie. Szczegóły w ogłoszeniu na ostatniej stronie tekstu.

— Ankieta w sprawie zdrojowisk we Lwowie d. 7. b. m. uchwaliła liczne rezolucye, wśród których najgłówniejszem jest żądanie, by naczelny nadzór nad zdrojowiskami sprawowały autonomiczne władze krajowe przez utworzoną osobną Radę zdrojową.

Warszawa. Wśród dotychczas wybranych z Królestwa polskiego posłów do sejmu państwowego (dumy) znajduje się 5 lekarzy: dr Malewski z Nałęczowa, wybrany w Lublinie, dr Paderewski z Czeladzi (w Zagłębiu dąbr.), wybrany w Piotrkowie, dr Rząd z Łodzi, dr Świerzyński z Jeleniowa, wybrany w Radomiu i dr Harusiewicz z Ostrowia, wybrany z łomżyńskiego.

— »Gazeta lekarska« (Nr 17) domaga się przyspieszenia umiastowienia szpitali warszawskich, gdyż miasto zupełnie nie ma kontroli nad pieniędzmi, które łoży na szpitale, zawiadywane przez t. zw. Miejską Radę dobroczynności publicznej i tylko od czasu do czasu musi pokrywać znaczne długi (obecnie znów 175,000 rubli). Zaufanie do gospodarki w szpitalach i ofiarność na ich cele może się obudzić w społeczeństwie dopiero wtedy, gdy do ich zarządu powołane zostaną szersze sfery obywatelskie.

— Dr Radliński z Warszawy, więziony od 3 miesięcy, został zesłany do Tobolska na 5 lat.

— Dr Giedroyć wydał zajmujący przyczynek historyczny »O przyczynach zgonu Stefana Batorego« w warszawskim »Przeglądzie historycznym« (w zeszycie za styczeń i luty 1906).

Z różnych stron. Grono wydawnicze »Münchener mediz. Wochenschrift« rozdało z czystych zysków wydawnictwa za rok 1905/6 na rozmaite cele dobroczynne (kasy wsparcia i ubezpieczenie dla lekarzy, ich wdów i sierót) 11,470 marek. Z tygodników lekarskich niemieckich jest »Münchener« jedynym, wydawanym podobnie, jak wszystkie pisma lekarskie polskie, przez grono, złożone z lekarzy, a nie przedsiębiorstwem księgarskiem. Ale mnogość naszych pism nietylko nie dozwala myśleć o zyskach, któreby szły na cele dobroczynne, lecz przeciwnie, wymagała zawsze ze strony wydawców niemałych ofiar materyalnych.

— Uniwersytety niemieckie są hojnie obdarowywane przez społeczeństwo. Na sam zakład badania raka w Heidelbergu dosięgły ofiary kwoty 708,742 marek; tamtejszy zakład anatomiczny otrzymał w darze fundacyę 20,000 m. i t. p.

— Międzynarodowy zjazd lekarski w Lizbonie przyznał nagrodę 3,000 m., wyznaczoną przez zjazd paryski, prof. Ehrlichowi za prace o leukocytozie, zaś nagrodę miasta Moskwy (5,000 fr.) prof. Laveranowi za odkrycie pasorzytów zimnicy.

Mianowani: Doc. Schneidemühl profesorem patologii porównawczej w Kiel; jestto pierwsza katedra tego przedmiotu, której nie było od połowy ubiegłego stulecia; dr Philipps profesorem ginekologii w Kings College w Londynie; dr Botazzi prof. fizyologii w Neapolu; dr Tonnini prof. psychiatryi w Bolonii.

Zmarli: psychiatra prof. Fürstner w Strassburgu; fizyolog prof. Mc. Callum w San Francisco; b. prof. anatomii Paulet w Montpellier; b. prof. chirurgii Buchanan w Glasgowie.

Dr Antoni Nowak, emer. lekarz wojskowy w Zimnej Wodzie pod Lwowem w 82 r. ż.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 17 Ciąg dalszy artykułów Bzury i Motza i Perearnau.

— *Medycyna* Nr 18. Leśniowski: W sprawie operowania brzusznego macicy. dotkniętej rakiem. Guranowski (dok. z Nr 18).

— *Tygodnik lekarski* Nr 18. Bikeles: Przyczynek do lokalizacyi komórek ruchowych w rdzeniu pacierzowym. Czyżewicz i Nowicki (c. d. z Nr 17).

— *Krytyka lekarska* Nr 5. Biegański: Pojęcie przyczynowości w biologii (c. d.). Knappe: W sprawie reorganizacyi pomocy lekarskiej w fabrykach warszawskich. Męczkowski: Kartki z niedalekiej przeszłości.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. I Karwacki: Prząśniki choleryczne i rzekomo cholerycznie. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. Bucelski: Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych w Królestwie Polskiem oraz stan obecny szpitala w Tworkach.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr 2. Korczyński: Balneologia ongi a dziś — Krajowa ankieta w sprawie zdrojowisk.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 3: Skórczewski: Historya Krynicy. Gąsiorowski: Czarnohora i Gorgany. Wajgiel: Rymanów-Zdrój.

— *Przewodnik higieniczny* Nr 5. Piasecki: W sprawie higieny płciowej młodzieży szkolnej. Panek i Szperling (c. d. z Nr 4).

— *Časopis lékařův českých* Nr 18 Kubr: Primarni tracheobronchogenni karcinom. Bakeš (dok. z Nr 17). Stock: Případ vagitu děložniho.

— *Russkij Wracz* Nr 14. Suchanow: Patologiczne rezonerstwo i obłęd rozprawczy. Baradulin: Przyczynek do kazuistyki durowych zapaleń wola. Bertenson: O rosyjskich buddystach i o t. zw. tybetańskiej medycynie. — Nr 15. Zimnicki: Przyczynek do charakterystyki enzymów bakteryjnych i ich wpływu na autolizę. Krajuszkin: W sprawie rozpoznawania wścieklizny na zasadzie ciałek Negriego. Agafonow: Dwa przypadki cięcia cesarskiego. Zeldowicz

W sprawie techniki chirurgicznej przy ropniach wątroby. Kaplan: Urazowe porażenie połowicze z porażeniem górnej gałązki nerwu twarzowego. Sklar: Jeszcze o wpływie obecnych zamieszek politycznych na choroby umysłowe.

— *Semaine medicale* Nr 18 nie zawiera artykułów oryginalnych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 18. Müller: Przyczynek do etyologii zapalenia błony śluzowej macicy. Kraft: W sprawie możności operowania mięsaka limfatycznego. Ruff: Usunięcie mięsaka limfatycznego drogą nieoperacyjną. Stenczel: W sprawie poznania i leczenia niepowikłanego przewlekłego wiewiórowego zapalenia sierczu. Biernacki: Mikrosedymentator do klinicznych badań krwi.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 18. Leopold: Zapalenie ócz u noworodków i 1% rozczynu azotanu srebrowego. Klieneberger i Zoeppritz: W sprawie tworzenia się swoistych leukotoksyn w surowicy krwi wskutek naświetlania promieniami Roentgena w białaczce, w białaczce rzekomej i mięsaku limfatycznym. Treutlein: Pierwotniakowe choroby krwi u ludzi i zwierząt w Indyach i Afryce. Rosenbach: Dlaczego i w jakich granicach są środki znieczulające skuteczne przy sprawach zapalnych. Opitz: O znieczuleniu lędźwiowem nowokainą przy operacyach ginekologicznych. Berger: W sprawie barwienia krętka bladego. Sittler: Szerzenie się błonicy przez osoby trzecie. Simrock: Oznaczanie cukru w moczu zapomocą zmodyfikowanej próby Trommera. Michaelis: Samozatrucie przy zwężeniu odźwiernika. Bittorf: Przyczynek do kazuistyki zapalenia płuc z przeważającymi objawami mózgowymi u dzieci. Loeb: O jednodniowych zapaleniach płuc. Seeligmann: W sprawie hebotomii. Arneth (dok. z Nr 17). Rommel: Sprawozdanie z wystawy berlińskiej, dotyczącej pielęgnowania noworodków.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 18. Hoffa: Kurczowe porażenia dziecięce i ich leczenie. Lewin: O miejscowem działaniu trującem fenylhydroksylaminu. Boas: O zapobieganiu krwotokom żołądkowym. Reinecke: Zropiały bąblowiec jamy brzusznej. Löhnberg: O leczeniu oddychania przez usta i przewlekłej niedrożności trąbki przez naciąganie podniebienia sposobem Schrödera. Ringleb: Cystoskop według zasady Maisonneuvea. Heermann: O częściowej zastoinie i leczeniu uciskowem przy zapaleniach. Plesch: Wiercenie próbne jako rozpoznawczy środek pomocniczy. Marcus: Bomby do wlewań.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 19. de Renzi: O niektórych rozczarowaniach i nadziejach przy leczeniu gruźlicy. Hirschstein: W sprawie metodyki oznaczania kwasów aminowych w moczu. Langstein: Przyczynek do chemizmu ochronozy. Runge: Krwotoki maciczne. Pick, Poehl (dok. z Nr 18), nadto wykłady ze zjazdu balneologicznego.

Redakcya otrzymała: Dr Henryk Kümmerling: Termy siarczane Baden pod Wiedniem.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

L. 98/1906. Walne zgromadzenie **galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie** odbędzie się **d. 30 maja 1906 r.** o godzinie 6 wieczorem **we Lwowie** w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska 11, na dole).

Porządek dzienny:

1) Sprawozdanie z ubiegłego roku: sekretarz dr Lilien.
2) Sprawozdanie kasowe: skarbnik dr Schellenberg.
3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej.
4) Wybór nowego wydziału, komisyi kontrolującej i sądu rozjemczego.
5) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Lilien, sekretarz. *Dr Festenburg*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane

Firma J. D. Riedel A.—G. w Berlinie wydaje corocznie książeczkę nazwaną „Mentor", (obecnie w 50. wydaniu), zawierającą nazwy, jakoteż skład, własności i użycie nowszych leków. Nadto zawiera książeczka sporo ciekawych sprawozdań naukowych. Na życzenie przesyła firma każdemu egzemplarz bezpłatnie.

Dispnon, przetwór soli teobrominowych, wyrabiany przez aptekę „Austria" w Wiedniu, poleca się w przebiegu stwardnienia tętnic wobec dusznicy bolesnej do stałego zażywania w czasie, wolnym od napadów. Działanie ma polegać na osłabieniu napadów i rzadszem ich występowaniu, a niekiedy na usunięciu ich zupełnem. Cennem jest działanie dispnonu moczopędne przy obniżeniu ciśnienia krwi i zupełnej nieszkodliwości. *A.*

Unguentum formentoli glycerin. (maść formaldehydowa) 5 i 10 prc. „Bernatzik" okazała się pewnym środkiem przeciw nadmiernemu poceniu się rąk i nóg. Nie jest to maść tłuszczowa, a wypróbowaną została klinicznie i bywa polecana przez wielu lekarzy. Używa się 5 prc. maści przeciw poceniu się nóg i rąk, a 10 prc. wyłącznie przeciw poceniu się nóg. Otrzymać ją można we wszystkich aptekach.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

Ogłoszenie płatne.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr **Jekels Ludwik**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Damański Emanuel.**
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).

Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.

lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus“).
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem“).
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem“).
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka“).

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.

Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Dukiet.**

Szczawnica.

Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w Abacyi).
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś“), ordynuje od 26 lat.

Truskawiec.

Dr **G. Gittelmacher — Wilenko.**
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg“).
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris“).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger“ VI.)

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa“), ordynuje jak dawniej.

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz“).

Nauheim.

Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski“).
Dr **Łowiński.**



PIERWSZY ZAKŁAD
BANDAŻO-ORTOPAEDYCZNY H. BOGDANOWICZA
Z PRAGI 80

UL. GRODZKA 35. W KRAKOWIE UL. FLORYAŃSKA 9.

Dostawca bandaży dla Miejskiej Kasy chorych.

Specyalista brzusznych pasów. — Dla Pań damska obsługa.

Poleca swoje własne wyroby w najlepszych gatunkach we własnych i zagranicznych konstrukcyach, pasy przepuklinowe, pachwinowe, pępkowe, pasy brzuszne i nerkowe, konstrukcyi najsłynniejszych WP. Profesorów. Szznurówki i szelki do prostego trzymania się. Sztuczne aparaty do równania różnych części ciała oraz poduszki i pończochy gumowe. Pasy hygieniczne miesięczne system Teufla. Irygatory, strzykawki, wata, przyrządy do inhalacyi, prześcieradła gumowe, suspensorya i t p.

Zamówienia wykonuje się szybko i odwrotną pocztą.

Na żądanie Wiel. P. T. Klientów przychodzę lub przyjeżdżam **na Prowincyę.**

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

Dr. OTTONA GUGGENBERG'A
ZAKŁAD WODOLECZNICZY

BRIXEN a. d. Eisack (Tyrol południowy).

Otwarty przez cały rok. Łagodne zimy. Sezon wiosenny i jesienny szczególnie korzystny. Leczenie wodą, elektrycznością, miesienie, gimnastyka lecznicza, kąpiele świetlne i słoneczne, leczenie dyetetyczne i terenowe. 22

Prospekty rozsyła Dyrekcya Zakładu.

Najsmaczniejsze i dlatego najlepsze nowoczesne przetwory hemoglob. są

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin

Dawka 2 razy dziennie 1—2 łyżek, czysto lub z wodą, mlekiem lub winem.

Wskazania: **błednica, niedokrewność, białaczka, suchoty, ozdrowienie, cierpienia nerwowe.**

Cena 1 flaszki perdynamin K. 3·50

Cena 1 flaszki — Lecithin-perdynamin K. 5·50.

Fabrykant 68

H. BARKOWSKI, Berlin, O. 27, Alexanderstrasse 22.

Zastępca na Austro-Węgry:

Mr. Camillo Raupenstrauch, emeryt. aptekarz,

Wiedeń III, Castellergasse 25.

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin są idealnymi środkami nowoczesnymi pobudzającymi odżywienie z powodu ich rzeczywistej wartości, dobrego smaku i znakomitego działania.



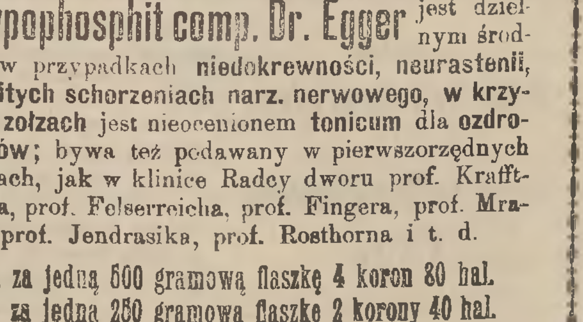
Fosfatyna Faliera
(Phosphatine Falières)

przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rozwijania się.

Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach. 62

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.



PIGUŁKI
CASCARA MIDY

Każda pigułka zawiera 0,12 wodno-alkoholicznej essencyi słojowego szpiku kory drzewnej **Cascara Sagrada**, wolna dzięki naszego specjalnego przygotowania (1884 r.) wszelkiego tłuszczu (ostrej i rozdrażniającej substancyi) i po 0,10 świeżego proszku.

Pigułki Cascara Midy mogą być używane przez Mamek i podczas ciąży.

ZASTOSOWUJĄ SIĘ PRZECIWKO

ZWYCZAJNEJ OBSTRUKCYI (Zatwardzeniu) I ŁĄCZNYM NASTĘPSTWOM

Dosyć użyć 2—3 pigułki po kolacyi lub przed snem, aby codziennie regularnie mieć wypróżnienie.

ONE NIE TWORZĄ RZNIĘCIA ANI TEŻ BIEGUNKI. Żądać podpis **L. MIDY.**

Apteka **MIDY** istnieje od r. 1828 **faubourg St-Honoré, 113** w PARYŻU.

Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

65